

Klager etter pasientrettighetsloven

Fungerer klagereglene?

Kandidatnr: 445

Veileder: Olav Molven

Leveringsfrist: 19.12.2002

Til sammen 16484 ord

15.03.2004

Innholdsfortegnelse

<u>1</u>	<u>INNLEDNING</u>	<u>1</u>
1.1	PROBLEMSTILLING	1
1.2	AVGRENSNING	2
1.3	MATERIALET FRA STATENS HELSETILSYN	3
1.4	VIKTIGE BEGREPER	4
1.4.1	HELSETILSYNET I FYLKET - ”FYLKESLEGEN”	4
1.4.2	HVA ER PASIENTRETTIGHETER?	4
1.4.3	HVA MENES MED Å KLAGE?	7
1.5	PLAN FOR FREMSTILLINGEN	8
<u>2</u>	<u>FYLKESLEGEN OG HANS ROLLE SOM KLAGEORGAN</u>	<u>9</u>
2.1	FYLKESLEGENS TRE ARBEIDSSOMRÅDER I ENKELTSAKER	9
2.2	KLAGER OG KLAGEORGANETS KOMPETANSE	11
2.2.1	GRUNNLAGET FOR PASIENTKLAGER	11
2.2.2	FYLKESLEGENS KOMPETANSE	12
<u>3</u>	<u>KLAGEREGLENE</u>	<u>14</u>
3.1	INNLEDNING	14
3.2	PRESISERING AV INNHOLDET I KLAGEREGLENE	15
3.2.1	HVEM KAN FREMSETTE EN KLAGE	16
3.2.2	AVGJØRELSE	19
3.2.2.1	Vurdering	19
3.2.3	HVILKE RETTIGHETER KAN PÅKLAGES	20
3.3	PARTER, FORMELLE KRAV, FRISTER	21
<u>4</u>	<u>RESULTATER FRA STATISTIKKEN</u>	<u>23</u>
4.1	INNLEDNING	23
4.2	ANTALL KLAGER OG HVA KLAGEN GJELDER	23
4.3	HVEM FREMSETTER KLAGEN	24
4.4	UTFALLET AV KLAGENE	25
4.5	HVILKET HELSEPERSONELL BLE INNKLAGD	25

4.6	HVILKE VIRKSOMHETER BLE INNKLAGD	25
4.7	FORDELING AV KLAGER - LANDETS FYLKESLEGEKONTOR	26
<u>5</u>	<u>BESTEMMELSENE - PÅBEROPT I PRAKSIS</u>	<u>27</u>
5.1	RETT TIL NØDVENDIG HELSEHJELP § 2-1	27
5.1.1	INNLEDNING	27
5.1.2	RESSURSFORBEHOLD - LOVENS FORMELLE HOVEDREGEL?	29
5.1.3	AVGJØRELSE	31
5.1.3.1	Avgjørelse – Manglende tildelig av behandler	31
5.1.3.2	Vurdering	32
5.1.3.3	Avgjørelse – ventetiden i barnepsykiatrien	33
5.1.3.4	Avgjørelse – ventetiden i barnepsykiatrien	33
5.1.3.5	Vurdering	34
5.2	RETT TIL VURDERING § 2-2	35
5.2.1	INNHODET I ”VURDERT INNEN 30 DAGER”	35
5.2.2	INNHODET I VURDERINGEN	36
5.2.3	AVGJØRELSE – FRIST FOR RETT TIL VURDERING	37
5.3	FRITT SYKEHUSVALG PRL § 2-4	38
5.3.1	INNHODET I REGLEN OM FRITT SYKEHUSVALG, PRL § 2-4	38
5.3.2	AVGJØRELSE - OM FRITT SYKEHUSVALG	41
5.3.2.1	Vurdering av fylkeslegens avgjørelse	42
5.4	INDIVIDUELL PLAN § 2-5	43
5.4.1	VILKÅRENE FOR Å FÅ UTARBEIDET INDIVIDUELL PLAN	44
5.4.2	AVGJØRELSE - LANGVARIG OG KORDINERTE HELSETJENESTER	46
5.4.3	VURDERING	47
5.4.4	HVA PLANEN SKAL INNEHOLDE	47
5.4.5	AVGJØRELSE OM INNHODET I DE INDIVIDUELLE PLANENE	48
5.4.5.1	Vurdering	48
5.4.6	KOORDINERINGSANSVARET	49
5.4.7	AVGJØRELSE OM KOORDINERINGSANSVARET	49
5.4.7.1	Vurdering	50
5.4.8	SAMARBEID – INDIVIDUELL PLAN	50
5.4.9	AVGJØRELSE OM BRUKERS SAMARBEID	51
5.4.9.1	Vurdering	51
5.5	RETT TIL INFORMASJON § 3-2	52
5.5.1	LOVENS HOVEDREGEL OG HENSYN	52

5.5.2	HVEM SKAL HA INFORMASJONEN OG HVEM SKAL GI DEN	53
5.5.3	AVGJØRELSE OM HVEM SOM HAR INFORMASJONSANSVARET	54
5.5.3.1	Vurdering	54
5.5.4	KRAVET TIL INNHOLDET I DEN INFORMASJONEN SOM GIS	55
5.5.5	UNNTAK FRA LOVENS HOVEDREGEL	56
5.5.6	PLIKTEN TIL Å GI INFORMASJON VED PÅFØRT SKADE	56
5.5.7	INFORMASJONSPLIKT – AVSLUTTET BEHANDLING	57
5.6	RETT TIL JOURNALINNSYN PRL § 5-1	58
5.6.1	HOVEDREGLEN OM INNSYNSRETTE	58
5.6.2	AVGJØRELSE - JOURNALBEGREPET	59
5.6.3	VILKÅRENE - INNSYN OG HELSEPERSONELLS PLIKTER	59
5.6.4	AVGJØRELSE - SÆRSKILT FORESPØRSEL	60
5.6.5	UNNTAK FRA INNSYNSRETTE	60
5.6.6	AVGJØRELSE - NEKTELSE AV INNSYN	63
5.6.6.1	Vurdering	64
5.6.7	UNNTAKET - KAN REPRESENTANT HA RETT TIL INNSYN?	64
5.6.8	ANDRES RETT TIL INNSYN	65
5.6.9	AVGJØRELSE - ANDRES RETT TIL INFORMASJON	67
5.6.9.1	Vurdering	67
5.6.10	INNSYN I JOURNALEN ETTER PASIENTENS DØD	68
5.6.11	AVGJØRELSE - NÆRMESTE PÅRØRENDE	69
5.6.12	VURDERING	70
6	VURDERING	70
6.1	INNLEDNING	70
6.2	ANTALL KLAGER	70
6.3	HVORFOR ER ANTALL KLAGER SÅ FÅ?	71
6.3.1	ER "PASIENTROLLEN" ÅRSAKEN TIL FÅ KLAGER?	71
6.3.2	TRENGER PASIENTENE INFORMASJON?	71
6.3.3	MISNØYEN, LØSES PÅ LAVERE NIVÅ?	72
6.3.4	ER TIDSFRISTENE FOR Å FREMSETTE KLAGEN FOR KORT?	74
6.4	HVEM KLAGER?	75
6.5	RESULTATET AV KLAGEBEHANDLINGEN	77
6.5.1	INNLEDNING	77
6.5.2	IKKE MEDHOLD	77
6.5.3	MEDHOLD	78

6.5.4	IKKE TRUFFET REALITETSAVGJØRELSE	78
6.6	HVILKE HELSEPERSONELL ER ”PART”?	80
6.7	HVILKE VIRKSOMHETER ER ”PART”?	81
6.8	FORDELINGEN - ULIKE FYLKESLEGEKONTOR	81
6.9	KONKLUSJON	81
7	<u>LITTERATURLISTE</u>	<u>83</u>

1 Innledning

1.1 Problemstilling

Pasientrettighetsloven fikk stor oppmerksomhet da den ble vedtatt i 1999¹. Endelig var pasienters rettigheter samlet i en lov. Pasientbevegelsen var ”dermed” fullbyrdet. Forventningene til loven var store. I forarbeidene heter det at hovedmålet med loven var at den skulle styrke pasientenes rettsstilling.²

Men ble det nå slik? Vet folk flest egentlig hvilke rettigheter de kan påberope seg, påberoper de seg disse, og hva vil konsekvensene bli?

Dette var spørsmål jeg stilte meg før jeg startet å skrive spesialfagsoppgaven. I mitt forsøk på å besvare disse spørsmålene har jeg valgt å undersøke i hvilken grad pasienter klager, hva de klager på, og hvordan klagen blir behandlet i forhold til

¹ Lov 2. juli 1999 nr. 64 om pasientrettigheter (prl)

² Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 2

pasientrettighetsloven. For å besvare de nevnte spørsmål har jeg innhentet aktuelle data hos fylkeslegen, som er klageorganet. Hans avgjørelser benyttes på to måter i oppgaven. For det første brukes innhentet data til å utarbeide en statistikk. Statistikken gir et bilde av klager fylkeslegen mottar på feltet og hvordan han behandler disse. Fylkeslegens avgjørelser benyttes dernest til å illustrere innholdet i pasientrettighetsloven.

1.2 Avgrensning

I denne oppgaven vil jeg kun behandle klager, jf pasientrettighetsloven § 7-1, etter pasientrettighetslovens rettighetsregler. Anmodningsretten i pasientrettighetsloven § 7-4 vil ikke bli betraktet som en del av de alminnelige klagereglene i kap 7. Disse avgrensningene gjøres på grunn av oppgavens omfang.

1.3 Materialet fra Statens helsetilsyn

I forbindelse med spesialoppgaven, fikk jeg innsyn i alle klagesaker etter pasientrettighetsloven avsluttet av fylkeslegene i 2002. Anledningen bød seg da Aslak Syse allerede hadde vært i kontakt med Statens helsetilsyn om å få innsyn i klagesakene fra alle landets fylkeskontor. Materialet ble utlevert personlig fra Statens helsetilsyn. En forutsetning for at jeg kunne anvende dem i spesialoppgaven, var at sensitive opplysninger skulle anonymiseres. Anonymiseringen av materialet gjør at jeg ikke kan uttale meg med hensyn til klagers sosiale bakgrunn o.l.

Etter å ha mottatt sakene, så jeg at det ikke var samsvar mellom mottatte saker og statistikken i tilsynsmeldingen³. I tilsynsmeldingen er det opplyst at fylkeslegene i 2002 mottok 189 klager etter pasientrettighetsloven kap 7. Antall saker jeg hadde mottatt var kun 33. Det var med andre ord diskrepans mellom statistikk tallene og innsendte saker etter pasientrettighetsloven. Etter å ha henvendt meg til Helsetilsynet vedrørende dette, ble det gitt en forklaring til Aslak Syse på hvorfor det var diskrepans. I forklaringen gis det uttrykk for at det er ulike forhold som kan være årsak til avviket på 156 saker. Et forhold som ble nevnt, var at EDB-journalen på fylkeslegekontorene ikke kan skille

³ Tilsynsmelding 2002 s. 34

pasientrettighetsloven § 7-4 (anmodningsretten) fra de andre bestemmelsene i kap 7.

Derfor kan en dobbeltføring av pasientrettighetslovs- sakene ha forekommet.

I forklaringen fra Sverre Braut heter det også at Statens helsetilsyn skal ta en ny runde med de ulike fylkeskontorene for at de skal gjør greie for kravene som er innmeldt til statistikken i tilsynsmeldingen.

Til tross for et eventuelt avvik i antall mottatte saker og antall saker som faktisk ble behandlet i 2002, har jeg valgt å benytte de 33 sakene som representativt utvalg i denne oppgaven, se del 4.

1.4 Viktige begreper

1.4.1 Helsetilsynet i fylket - "fylkeslegen"

Fra 01.09.03 fikk fylkeslegen nytt navn, "Helsetilsynet i fylket". Likevel velger jeg å skrive fylkeslegen i oppgaven fordi studiet gjelder avgjørelser fra 2002.

1.4.2 Hva er pasientrettigheter?

Pasientrettigheter er en del av helseretten.⁴ I teorien skilles det mellom tre typer pasientrettigheter.⁵ Disse er:

⁴ Kjønsstad, Kompendium i helserett, kap. 1 pkt 1.2.

1. Retten til å bli pasient.
2. Pasientens rettigheter etter at pasientstatus er oppnådd.
3. Formelle rettigheter (saksbehandlingsregler).

Etter en naturlig språklig forståelse innebærer begrepet pasientrettigheter, regler som gir en rettighetsposisjon for pasientene.⁶

Pasientrettighetsloven består av regler som tidligere dels var ulovfestet og dels lovfestet i ulike lover. Loven er dels en kodifisering av eldre rett, dels en videreutbygging av eldre rett, og dels noen nye rettsprinsipper.⁷

Når det gjelder fremveksten av pasientrettigheter fremheves det i teorien at fremveksten og interessen for dem startet i 1970 - 1980 årene.⁸ I løpet av 1980 – årene ble de et sentralt begrep i rettsforskningen, mediedebatten, helseforvaltningen og rettsvesenet. Årsaken til fremveksten ses gjerne som en kumulativ effekt av ulike årsaker.⁹

⁵ Kjønstad, Pasientrettighetenes fremvekst, s. 194 og Kjønstad, Kompendium i helserett, s. 70.

⁶ Kjønstad, Kompendium i helserett, s. 55.

⁷ Kjønstad, Kompendium i helserett, s. 54

⁸ Kjønstad Pasientrettighetenes fremvekst s. 189- 276

⁹ Kjønstad, Kompendium i helserett, s. 53; ”.. Vi hadde fått et materielt rikere samfunn enn i tidligere tiår, og vi hadde råd til å gi pasientene visse rettigheter. Vi hadde fått en samling av ressurser og makt i

Fremveksten resulterte i ”den største lovreformen på helserettens område i forrige århundre”.¹⁰ Pasientrettighetsloven var en av de fire sentrale helselovene som ble vedtatt våren 1999.¹¹ Dessuten ble ytterligere tre andre relevante lover i denne sammenheng vedtatt i 2001.¹²

offentlige organer og institusjoner, herunder et sterkt økende antall helsearbeidere med stor makt og omfattende kunnskap i forhold til pasientene. For at det ikke skulle bli for stor maktubalanse, var det viktig å styrke pasientens rettigheter og rettssikkerhet. Denne trenden startet i andre deler av den offentlige forvaltningen med etterkrigens rettssikkerhetsdebatt som førte til ombudsmannsloven av 1962, forvaltningsloven av 1967 og offentlighetsloven av 1970. Vi fikk en tid hvor det ble lagt økt vekt på enkeltindividenes interesser og rettsbeskyttelse, noe blant annet personregisterloven av 1978 var et tegn på. I etterkrigstiden fikk internasjonale menneskerettigheter – med individuelle rettigheter- stadig større gjennomslag. Retten til helse hørte til de nye menneskerettighetene. Påvirkning fra anglo –amerikansk rett med innføring av forbrukervernlovgivning, produktansvar og økt vekt på pasientrettigheter var også viktig. Og vi hadde en trend med økt innflytelse for arbeidstakerne i næringslivet og for borgerne i samfunnslivet, og da var det naturlig at pasientene skulle få innflytelse i helsevesenet. Dessuten ble det slik i 1980-årene at når noen pasientrettigheter hadde blitt innført, var det lettere for andre pasientrettigheter å vinne innpass.”

¹⁰ Helseminister Høybråten, uttalelse da lovforslagene til de fire nye helselovene ble presentert.

¹¹ Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m (sphlsl)

Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (phlsvl)

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (prl)

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helspl)

¹²Lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger

1.4.3 Hva menes med å klage?

Det heter i kommentarutgaven til pasientrettighetsloven at det er forvaltningsrettens alminnelige reguleringsform som er valgt i kapittel 7 i pasientrettighetsloven vedrørende pasienters rett til å klage.¹³

Innholdet i denne reguleringsformen er at en borger som ikke får de ytelsene han har søkt på og mener han har krav på, kan alltid ta saken opp med det forvaltningsorganet som har truffet den aktuelle avgjørelsen, f. eks legen, når det klages i h.h.t prl.

Selve klageretten innebærer at man kan få prøvd avgjørelsen på nytt av et overordnet organ, fylkeslegen.

Overordnet forvaltningsorgan har plikt til å behandle klagen, forutsatt at klagen oppfyller de formelle kravene, slik som frister m.v. Klager på sin side har krav på ny realitetsavgjørelse i saken.

Lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv.

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

¹³ Kommentarutgaven s. 257- 258.

Formålet med klageretten er todelt. Den skal både sikre den enkeltes rett, da den er en del av rettssikkerhetsgarantier i forvaltningsloven. I tillegg er klageretten et ledd i forvaltningens egen kontroll med sine avgjørelser.

1.5 Plan for fremstillingen

I denne oppgaven har jeg valgt å presentere tema på følgende måte:

I kap 2 gjør jeg greie for fylkeslegens rolle som klageorgan. I oppgavens kap 3 vurderer jeg innholdet i klagereglene. Deretter i kap 4 presenterer jeg resultater fra den utarbeidede statistikken. I kap 5 presiseres innholdet i enkelte bestemmelser som har blitt påberopt i praksis. Både i kap 4 og kap 5 illustrerer jeg parallelt fra fylkeslegens praksis av klagereglene og innholdet i disse. Kap 6 er en vurdering av de ulike spørsmål oppgaven reiser.

2 Fylkeslegen og hans rolle som klageorgan

2.1 Fylkeslegens tre arbeidsområder i enkeltsaker

Fylkeslegen er i henhold til prl § 7-2 klageorgan for behandling av pasientrettighetsklager. Behandling av pasientrettighetsklager er kun en liten del av hans totale rolle. Foruten klager etter pasientrettighetsloven, mottar fylkeslegen enkeltsaker etter bl.a. helsepersonelloven og tilsynsloven. En tredje variant av enkeltsaker fylkeslegen mottar, fremgår av tilsynsloven § 2¹⁴. I henhold til bestemmelsens ordlyd er han ment å gi råd, veiledning og liknende. I forhold til enkeltsaker vil han motta saker fra pasienter som lurer på hvordan de skal gå frem i forhold til pasientrettighetsloven.

Omgjøring er hovedskille mellom pasientrettighetsklager og avgjørelser etter helsepersonelloven og tilsynsloven. Etter pasientrettighetsloven er omgjøring utfallet. Mens ved avgjørelser etter helsepersonelloven og tilsynsloven, er spørsmålet om helsepersonell har handlet rett eller ikke.

Årsaken til dette skille, er at avgjørelser etter helsepersonelloven og tilsynsloven ikke kan omgjøres, da gjort er gjort. Dessuten er formålet med reglene forskjellige. I

¹⁴ Lov 30. mars. 1984. nr 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten

pasientrettighetsloven er målet å gi den enkelte pasients rett i praksis, mens etter tilsynsloven er målet først og fremst kvalitetsforbedring.

Til tross for at det er et klart skille vedrørende hvordan klagesaker og tilsynssaker avgjøres, kan en klagesak føre til tilsynssak. Dette fordi ved behandlingen av klagesaken, kan det avdekkes forhold som også bør behandles som en reaksjonssak/tilsynssak, se tilsynsloven § 2¹⁵

Fylkeslegens tredje arbeidsområde er å bistå med råd og veiledning o.l. til pasienter som henvender seg m.h.t. hvordan de skal gå frem i forhold til pasientrettighetsloven. I det samlede materialet jeg mottok fra Statens helsetilsyn, er det fem saker som faller innunder dette arbeidsområdet. Siden jeg i denne oppgaven behandler klager i henhold til pasientrettighetslovens rettighetsregler, vil jeg ikke gå nærmere inn på de to andre arbeidsområdene til fylkeslegen.

¹⁵ Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 82.

2.2 Klager og klageorganets kompetanse

2.2.1 Grunnlaget for pasientklager

I dag er fylkeslegen klageorgan ved pasientrettighetsklager, se prl § 7-2.

Retten til å klage til fylkeslegen, er en ny rettighet etter prl¹⁶. Imidlertid var det også tidligere slik at pasienter som var misfornøyd med helsetjenesten, kunne klage til fylkeslegen. Til forskjell fra dagens regler forelå det ingen klar rettslig plikt til å behandle pasientklager. Dessuten hadde ikke fylkeslegen kompetanse til å omgjøre vedtak fattet av leger og annet helsepersonell.¹⁷

Grunnlaget for fylkeslegens behandling av ”pasientklager” var tilsynsloven § 2.¹⁸ I bestemmelsen heter det at fylkeslegen skal føre tilsyn med alt helsevesen og helsepersonell i fylket. Bestemmelsen innebar at fylkeslegen måtte undersøke innkommende klager, og de måtte gi pålegg der driften var skadelig for pasienten. Av den grunn fungerte fylkeslegen som klageinstans i helsesektoren.¹⁹

¹⁶ Kjønstad, Kompendium i helserett . s. 54.

¹⁷ Kjønstad, Helseprioriteringer og pasientrettigheter, s. 212.

¹⁸ Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984 nr. 15 (tilsynsloven).

¹⁹ Kjønstad, Helseprioriteringer og pasientrettigheter, s. 212.

2.2.2 Fylkeslegens kompetanse²⁰

Fylkeslegens kompetanse som klageorgan, er fastsatt i prl § 7-6, jf. forvaltningsloven § 36²¹. Ordlyden i prl § 7-6 slår fast at: ”Forvaltningslovens regler om behandling av saker om enkeltvedtak og klage gjelder så langt de passer for fylkeslegens behandling av klagesaker...” I henhold til ordlyden er utgangspunktet at forvaltningslovens alminnelige regler om behandling av enkeltvedtak og klager gjelder for fylkeslegens klagebehandling.

Det er imidlertid unntak fra forvaltningslovens regler: Fylkeslegens realitetsavgjørelse kan ikke påklages videre. Med andre ord det er ingen overprøving. Klageren må som en følge av dette eventuelt henvende seg til ombudsmannen eller bringe saken inn for domstolene.

Hovedvirkningen av å klage er at saken må prøves på nytt. Fylkeslegen har altså behandlingsplikt. Videre kan klageorganet prøve alle sider av saken. Alle sider av saken refererer seg til både om vedtaket er rimelig og lovlig. Således kan så vel

²⁰ Baserer fremstillingen på Boe s. 876- 880.

²¹ Lov av 10.feb.1967. Forvaltningsloven (fvl)

skjønnsutøvelsen som saksbehandlingen, bevisbedømmelsen, avgjørelsesgrunnlaget, lovtolkningen og subsumpsjonen prøves.

Selve klagebehandlingen kan få fire utfall.

1. Klagen stadfester utfallet av anmodningen etter § 7-1, det vil si at klagen forkastes.
2. Klagen tas til følge.
3. Utfallet av vedtaket oppheves, se fvl § 34. 3. ledd
4. Vedtaket endres, se fvl § 34. 3. ledd 1. alt.

Ad 3. Å oppheve, er noe annet enn å ta klagen til følge. I teorien heter det at å oppheve vedtaket, betyr å sette strek over fortiden. I praksis vil det si at saken sendes tilbake til helsepersonalet til ny og riktig behandling, se fvl § 34. 3. ledd. Hvis fylkeslegen velger å oppheve vedtaket, må det lide av så store feil at det er ugyldig. Foreligger ikke ugyldighet, må klageorganet ta stilling til sakens realitet.

Det fjerde alternativet er å endre vedtaket. Dette kan skje både når en avgjørelse er feil og når den er urimelig. Forutsatt at vedtaket går i klagerens favør, kan dette gjøres uten noen foreldelsesfrist. I motsatt fall må klagerens interesser tas hensyn til, se fvl 34. 2. ledd 3 og 4 punktum. I vurderingen er alminnelig interesseovervekt tilstrekkelig.

Hvis det skjer endring til skade, må vedtaket treffes innen tre måneder. Dette følger bl.a. av prinsippet om forutberegnelighet.

3 Klagereglene

3.1 Innledning

Helseretten har vært betraktet som serviceytelser, derfor har den tradisjonelt ikke vært ansett å være myndighetsutøvelse i forvaltningsrettens forstand.²²

Dette har blitt kritisert.²³ At kritikk har vært fremmet er ikke forbausende. Hvorfor skulle liv og helse, kropp og sjel ha et dårligere vern enn rettigheter som ble ansett å være myndighetsutøvelse?

Hensynet til rettssikkerheten var da også en av grunnene til at det i pasientrettighetsloven ble gitt regler om klage, se prl. kap 7. Reglene for

²² Ot.prp. nr. 12. (1998-1999) s. 84 pkt 9.6.8.

²³ Ot.prp. nr 12 (1998-1999)s. 84 pkt 9.6.8.

klagebehandlingen bygger på at forvaltningslovens regler om klagebehandling skal gjelde så langt som mulig. Se, prl § 7-6

Imidlertid er det gitt spesialregler der klagereglene avviker fra forvaltningslovens alminnelige regler. Eksempler på slike spesialregler er bestemmelser om klageadgang, klagefrister og klageorganets kompetanse. Der de særlige reglene regulerer de samme forhold som forvaltningslovens generelle bestemmelser, vil disse ha forrang, *lex specialis* prinsippet.²⁴ Disse ”spesialtilpasningene” medfører at pasientrettighetsloven har mer liberale klagemuligheter enn vanlig velferdslovgivning.²⁵

3.2 Presisering av innholdet i klagereglene

En klagerett for pasienten oppstår først etter at han har anmodet helsepersonell om oppfyllelse, se prl § 7-2 jfr. 7-4. Det å anmode er ikke en klage i lovens forstand. Formålet med å rette en anmodning om oppfyllelse, er å få en mer uformell og ubyråkratisk måte å løse tvister mellom pasienten og helsetjenesten på.²⁶ Fører ikke

²⁴ Kommentartutgaven s. 258.

²⁵ Kommentartutgaven s. 258.

²⁶ Ot.prp nr. 12 (1998-1999) s.82.

anmodningen frem, har pasienten rett til å klage. Som i Forvaltningsloven, stilles det krav både til klagens innhold og form, før fylkeslegen kan behandle klagen, se prl §§ 7-3 og 7-5.

3.2.1 Hvem kan fremsette en klage

Hvem som kan fremsette en klage, og hvilke rettigheter som er gjenstand for overprøving, følger av prl § 7-1.

Lovens ordlyd fastsetter at det er ”pasienter eller representanter for pasienten” og ”andre” som kan klage. Lovens utgangspunkt er at pasienten selv har rett til å klage.

Hvem som anses for å være pasient er fastsatt i prl § 1-3 bokstav a. Der sies det: ”Pasient: en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle”. Det er uttalt i kommentarutgaven at definisjonen ikke vil ”virke avgrensende i forhold til lovens rettighetsbestemmelser, og da er hensikten med en slik definisjon liten”.²⁷ Av uttalelsen i kommentarutgaven, er det klart at definisjonen i loven ikke alltid kan legges til grunn. Begrepet kan derfor tolkes utvidende.

²⁷ Kommentarutgaven s. 89

Foruten pasienten, kan en ”representant for pasienten”, fremsette klage på pasientens vegne. I § 7-1.3 ledd er hvem som kan representere pasienten, definert: ”Pasientens representant etter første ledd er den som har fullmakt til å klage på pasientens vegne, eller har samtykkekompetanse etter kapittel 4.”

De med samtykkekompetanse etter kapittel 4, omtales som ”naturlige representanter.”²⁸ Eksempler på hva som anses å være naturlig representant er:²⁹

1. Foreldre og andre med foreldreansvar for mindreårige.
2. Vergen for umyndiggjorte pasienter.
3. Nærmeste pårørende til myndige pasienter som ikke kan ivareta sine interesser.

En som har fullmakt kan f. eks være en advokat eller et pasientombud. Fullmektige kan utnevnes både av pasienten og dens representant.³⁰

I tillegg til disse, kan nærmeste pårørende eller annen person som står pasienten nær være fullmektig. En fullmektig som ikke er advokat, skal fremlegge skriftlig fullmakt, se prl § 7-1. 3. ledd, som tilsvarer fvl § 12. 4. ledd.

²⁸ Kommentartutgaven s. 274.

²⁹ Se prl §§ 4-4 til 4-8 og kommentartutgaven s. 274

³⁰ Kommentartutgaven s. 275.

Etter prl § 7-1. 2.ledd kan også "andre som ikke har fått sine selvstendige rettigheter etter kapitlene 3 til 6 oppfylt" rette klage om å få rettigheten oppfylt. I henhold til ordlyden i bestemmelsen, vil hvem som kan betegnes som "andre", reguleres av henholdsvis bestemmelsene i kapitlene 3 til 6. "Andre" vil eksempelvis være pårørende med selvstendige rettigheter. Slike selvstendige rettigheter kan være samvær med egne barn ved sykehusinnleggelse.³¹

Et annet eksempel, der "andre" kan ha selvstendig klagerett, er innsyn i journal etter pasientens død, se prl § 5-1. 5. ledd.

Hvem som betegnes som pårørende i henhold til prl er regulert i prl § 1-3 b.

Hovedreglen er at det er pasienten selv som velger nærmeste pårørende. Dette styrker igjen pasientens selvbestemmelsesrett og sikrer at pasientens behov ivaretas av en person han kan stole på.³²

I de tilfellene pasienten ikke har valgt nærmeste pårørende, fastslås det i lovens ordlyd at nærmeste pårørende er "den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten." Hvem som anses som nærmeste pårørende, følger av den lovoppstilte

³¹ Kommentartutgaven s. 277.

³² Kommentartutgaven s. 91.

listen, se prl § 1-3 bokstav b. I henhold til denne er ektefellen den som anses å være nærmeste pårørende. Det kan imidlertid være tilfeller der ektefellen ikke kan sikre at pasientens behov ivaretas, som f. eks der ektefellen lider av senil demens, eller at de har flyttet fra hverandre uten å ta ut skilsmisse. I så fall vil rollen som nærmeste pårørende, måtte fylles av andre.

3.2.2 Avgjørelse

I praksis er det flere saker som omhandler hvem som kan anses som nærmeste pårørende.

I en av disse sakene ønsket sønnen innsyn i sin avdødes mor journal. Innsyn ble krevd på grunnlag av prl § 5-1 og fullmakten, fra hans mor.

Fylkeslegen uttalte at siden det verken fremgikk av journalen eller fullmakten hvem som var nærmeste pårørende, var utgangspunktet for løsningen av spørsmålet reglene i prl § 1-3. bokstav b. Følgende drøftelse ble lagt til grunn ved fastsettelsen av hvem som var nærmeste pårørende:

”Avdøde hadde bodd sammen med ektefellen frem til hun flyttet på sykeheimen, en knapp måned før hun døde. Selv om du har deltatt ved legebesøk, og har hatt hyppig kontakt med moren din pr telefon, kan vi ikke legge til grunn at du i større utstrekning enn faren din har hatt varig og løpende kontakt med moren din. Du blir derfor ikke regnet som nærmeste pårørende, og har ikke rett til journalinnsyn etter lov om pasientrettigheter § 5-1. 5 ledd”.

3.2.2.1 Vurdering

Til tross for opplysninger om at forholdet mellom foreldrene hadde blitt stadig mer konfliktfylt, ble sønnen altså ikke ansett å være nærmeste pårørende.

Avgjørelsen viser at fylkeslegen tolker uttrykket: ”andre i større utstrekning har varig å løpende kontakt med pasienten”, i prl § 1-3 bokstav b. strengt. En streng fortolkning av lovens ordlyd er slik jeg ser det i samsvar med alminnelig rettsanvendelse. På den annen side kan en streng tolkning av ordlyden resultere i at rimelighetshensyn blir ilagt mindre vekt.

3.2.3 Hvilke rettigheter kan påklages

Prl § 7-1 slår klart fast at rettighetene etter kapitlene 2,3,4 samt § 5-1 og §§ 6-2 og 6-3 kan påklages. I praksis er det kun det som relaterer seg til retten til helsehjelp, retten til medvirkning og informasjon, rett til journalinnsyn som er påklaget. Hvorfor det kun er disse rettighetene som er påklaget, vil jeg drøfte nærmere i oppgavens fjerde del.

Når det gjelder det rettslige innholdet i bestemmelsene vil jeg for å begrense oppgavens omfang, her kun drøfte de bestemmelsene som er påberopt i praksis. Før jeg gir en nærmere fremstilling av reglene velger jeg først å gjøre ferdig fremstillingen av innholdet i klagereglene.

3.3 Parter, Formelle krav, Frister

Hvem det kan ”klages på” (les: hvem som kan oppfylle helsehjelpen) er nærmere regulert i lov om helsepersonell m.v § 3jf §§ 48 og 49. Eksempel på hvem som anses å være helsepersonell, er fysioterapeut, kiropraktor, lege, se § 48 bokstavene h),l),n)

Formelle krav til klagens form og innhold er slått fast i prl § 7-3. Regelen i prl er ikke så presis eller detaljert som de tilsvarende bestemmelsene i fvl § 32. Det er likevel et krav i loven om at klagen skal fremsettes skriftlig, og at klagen skal være undertegnet av klageberettigede. Det er ikke noe eksplisitt krav om begrunnelse av klagen i lovens ordlyd. Hvis derimot klageren ikke nevner hva det klages over, er det vanskelig for fylkeslegen å realitetsbehandle klagen.³³ Er ikke formkravene oppfylt, er klagen ufullstendig. Utgangspunktet er da at klagen ikke kan realitetsbehandles. Av hensyn til klager er det gjort et unntak fra lovens hovedregel. Fylkeslegen kan sette ”en kort frist for rettelse eller utfylling” av klagen, se prl § 7-3.

Loven setter ulike frister for å fremsette en anmodning og en klage, se prl 7-5. Det heter i ordlyden at ”fristen for anmodning etter prl § 7-1 er fire uker fra vedkommende fikk eller burde fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en slik anmodning.”

³³ Kommentartutgaven s. 279.

Når fristen begynner å løpe, er usikkert, jf ordlyden. Helt sikkert er det der pasienten forholder seg passiv til gitt informasjon, starter fristen å løpe fra det tidspunktet pasienten fikk informasjonen.³⁴

Videre kan det utledes av lovens ordlyd at såfremt den klageberettigede ikke har fått eller burde fått "tilstrekkelig kunnskap til å fremme en slik anmodning", løper fristen. Det er først når anmodning er fremmet at fristen brytes, se prl § 7-1.

Når det gjelder klagefristen til fylkeslegen, heter det: "Fristen for å klage til fylkeslegen etter § 7-2, er tre uker fra vedkommende fikk eller burde ha fått kjennskap til utfallet av anmodningen." Kjennskap til utfallet av anmodningen kan skje på ulike måter, da det ikke er krav om skriftlighet etter prl § 7-1. Brev og telefonsamtale kan tilfredsstillende kravet "fått kjennskap". Fvl § 29 fastslår at det er når svaret skal være "kommet frem" at fristen starter å løpe. Denne reglen vil kun gjelde hvis det er sendt brev som svar på anmodningen etter prl § 7-1. I kommentarutgaven heter det: "...den som yter helsehjelp har underrettet vedkommende på en tilfredsstillende måte, men klageren nekter å "forstå" eller akseptere budskapet, likestilles dette som faktisk kunnskap."³⁵

³⁴ Kommentarutgaven s. 281.

³⁵ Kommentarutgaven s.281.

Selv om fristen er utløpt, kan saken likevel bli behandlet. Dette kalles oppreisning og kan skje såfremt klageberettigede ikke kan lastes for å ha oversett fristen, eller at det av særlige grunner finnes rimelig at klagen overprøves, se prl § 7-6

I prl § 7-6 fastslås det at forvaltningslovens regler skal benyttes for fylkeslegens behandling av pasientklager.

4 Resultater fra statistikken

4.1 Innledning

Med basis i fylkeslegens avgjørelser, har jeg utarbeidet en statistikk. Statistikken er utarbeidet på grunnlag av data i avgjørelsene. I denne delen av oppgaven fremstiller jeg ulike resultater fra statistikken. Resultatene vil bli fremstilt i prosent.

4.2 Antall klager og hva klagen gjelder

Jeg mottok 33 behandlede klagesaker fra alle landets fylkesleger. Disse klagesakene fordelte seg mellom de ulike rettighetene, på følgende vis:

1. Rett til journalinnsyn prl § 5-1

Denne rettigheten gjaldt hele 42,42 % av sakene hvorav 43 % av sakene gjaldt ”rett til innsyn i avdødes journal”. De resterende 57 %, gjaldt ”rett til innsyn der pasientene er i live”.

2. Rett til individuelle plan prl § 2-5

Denne rettigheten var påberopt i 24,2 %.

3. Rett til nødvendig helsehjelp prl § 2-1

Den tredje hyppigst påberopte rettigheten i 2002, var prl § 2-1. Antallet klager var 15,15 %.

4. Rett til fritt sykehusvalg prl § 2-4

Denne rettigheten ble fremmet i 6,1 % av sakene.

5. Rett til informasjon prl § 3-1

Prl § 3-1 ble fremmet i 6 % av klagesakene

6. Rett til vurdering prl § 2-2

Denne rettigheten ble fremmet færrest antall ganger, 6 %.

4.3 Hvem fremsetter klagen

For presisering av innholdet i uttrykkene nedenfor, vises det til oppgavens del tre.

Pasienten: Fremsetter selv klager i 27,27 % av sakene

1. I hele 42,3 % av sakene benytter pasienten seg av en ”representant”. (Representant og fullmektig vil i oppgaven benyttes i samme betydning.)

Representant er ”nær” (dvs. familiær kontakt) i 30,30 % av sakene pasienten benytter seg av representant.

2. I 3 % av sakene var representanten en venn.

3. I 3 % av sakene var representanten advokat.

4. I 6 % av sakene var representanten pasientombud

Andre: Fremsetter klager i 21,2 % av klagesakene

1. 42,85 % av disse benytter seg av advokat. Alle som benytter seg av advokat fremmer krav om innsyn i avdødes journal

Ukjent: I hele 9 % av klagene er klager ukjent.

Av disse andre benyttet 57 % seg av advokat.

4.4 Utfallet av klagene

1. Ikke medhold: Totalt var det 36,36 % av sakene som ikke fikk medhold.
2. Medhold: Totalt var det 48,48 % av sakene som fikk medhold.
3. Ikke avgjort realiteten: Totalt var avgjorde fylkeslegen ikke realiteten i saken i 15,15 % av sakene.

4.5 Hvilket helsepersonell ble innklagd

1. Leger: Lege var part i 33,33 % av sakene.
Ad.1 Leger var part i 91 % av sakene om rett til innsyn i journal § 5-1.

4.6 Hvilke virksomheter ble innklagd

1. Sykehus: I 33,33 % av sakene var et sykehus part. Psykiatriske sykehus var her part i hele 54,54 % av alle sykehusklagene.
2. Kommunen: Var part i 24,24 % av klage sakene
3. Sykehjem: Var part i 9 % av sakene

Ad. 1: Psykiatriske sykehus var part i alle sakene som ble fremmet på grunnlag av prl § 2-1. Det var også kun sykehus som var part i klagesakene vedrørende fritt sykehusvalg, prl § 2-4

Ad. 2: Kommunen var kun part i klager fremsatt på grunnlag av prl § 2-5.

Ad. 3: Sykehjem var part i saker som gjaldt innsyn i avdødes journal, prl § 5-1.

4.7 Fordeling av klager - landets fylkeslegekontor

Klagene fordeler seg noenlunde jevnt på landet ulike ”fylkeslegekontor”. Hordaland, Sogn, Fjordane og Rogaland mottok flest klager. Til sammen mottok disse kontorene 39,45 % av klagene. Færrest klager mottok Oslo, Finmark, Telemark, Møre og Romsdal. Disse kontorene mottok hver seg, 3 % av klagene. Til sammen mottok kontorene 12 % av det totale antall klager.

5 Bestemmelsene - påberopt i praksis

5.1 Rett til nødvendig helsehjelp § 2-1

5.1.1 Innledning

Prl § 2-1 er en vanskelig tilgjengelig bestemmelse, bl.a. fordi ordlyden inneholder vage og skjønnsmessige uttrykk som eksempelvis ”nødvendig helsehjelp”.³⁶

Bestemmelsens fjerde ledd oppstiller et ressursforbehold. Det vil eksempelvis si at ressursene som brukes på en pasient, må stå i forhold til hva som oppnås med det konkrete tiltaket. Se nærmere redegjørelse av ”ressursforbehold” nedenfor. I teorien er det derfor uttalt at den kan bli en papirbestemmelse.³⁷ Ressursforbeholdet fører dessuten til at fylkeslegen kun kan vurdere om feil faktum er lagt til grunn, det er begått saksbehandlingsfeil eller foreligger myndighetsmisbruk.³⁸ Sammenlignet med eldre rett³⁹, kan det synes som om prl § 2-1 svekker pasientenes rettstilling, da denne ikke inneholdt et tilsvarende ressursforbehold.⁴⁰

³⁶ Kommentartutgaven s. 127.

³⁷ Kjønstad, Medisinske feil i erstatningsrettslig og helserettslig perspektiv, s. 73.

³⁸ Kjønstad, Kompendium i helserett, s. 173.

³⁹ Se forskriften om ventelisteregistreing av 1990 og forskrift om ventelistegaranti.

⁴⁰ Kjønstad, Kompendium i helserett, Oslo 2003 s. 173.

I den videre fremstillingen vil jeg først se på om ressursforbeholdet i bestemmelsens fjerde ledd andre punktum, er lovens hovedregel.

Jeg vil presentere to saker. Spørsmålet i sakene gjaldt tidsfristen for oppfyllelse av nødvendig helsehjelp. Avgjørelsene gjelder prl § 2-1. 5. ledd. Utgangspunktet for vurderingen i sakene, var at begge barna fylte kravet om nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.⁴¹ På grunnlag av spørsmålene som avgjørelsene reiser, vil jeg også kort fremstille reglene om tidsfristen for gjennomføringen av retten.

Årsaken til at jeg avgrenser behandlingen til kun å omfatte ressursforbeholdet og tidsfristen, er at regelens første ledd første punktum er ment å ha en pedagogisk funksjon, ved at den peker på allerede lovfestede rettigheter, og at de derfor ikke behandles etter Pasientrettighetsloven.⁴² Dessuten anses informasjonsplikten i bestemmelsen ”unødvendig”, siden reglene i prl § 3-2 gir pasienten tilstrekkelig vern.⁴³ Prl § 3-2 behandles i pkt 5.5.

⁴¹ Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til nødvendig helsehjelp av 1. desember 2000.

⁴² Se lov om spesialisthelsetjenesten m. m § 3-1 og helsepersonell m. v § 7.

⁴³ Kommentartutgaven s. 131.

5.1.2 Ressursforbehold - lovens formelle hovedregel?

I bestemmelsens andre ledd første punktum gis pasienten som hovedregel "rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten". Hva som forstås med "nødvendig helsehjelp", er skjønnsmessig, og kan derfor være vanskelig å fastsette.

Fastleggelsen av innholdet i hovedregelen, må skje i lys av § 2-1. 4. ledd: "Retten til helsehjelp gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt". Ordlyden i fjerde ledd er klar. Den slår fast et ressursforbehold ved at den "bare dersom" gir rett til helsehjelp.

På bakgrunn av at dette kan føre til innskrenkninger i pasientens rettigheter, kan det reises spørsmål om lovens ordlyd bør tolkes innskrenkende, slik at retten til nødvendig helsehjelp går foran ressursforbeholdet i bestemmelsen.

Et utgangspunkt for denne fastsettelsen er Høyesterett sin avgjørelse i Rt 1990 s. 874. Her ble det rettslige innholdet i den tilsvarende bestemmelsen i kommunhelsetjenesteloven § 2-1 slått fast. Til forskjell fra bestemmelsen i prl § 2-1 var ressursforbeholdet i kommunhelsetjenesteloven § 2-1, kun inntatt i forarbeidene til loven. Til tross for at forarbeidene var klare vedrørende ressursforbeholdet, ble dette ikke innfortolket.

Høyesterett stadfester i sitt resultat, Rt 1990 s. 874, at ordlyden i en bestemmelse vektlegges i større grad enn forarbeidene. Videre gis det også uttrykk for at innhogg i en rettighet, klart må uttrykkes i lovens ordlyd. Det var nok hensynet til borgernes forutberegnlighet og rettssikkerhet som førte til at Høyesterett her ikke tolket lovens ordlyd utvidende.

Siden ressursforbeholdet er inntatt i pasientrettighetsloven, taler dette klart for at retten til nødvendig helsehjelp gis med ressursforbehold.

Ressursforbeholdet i prl § 2-1. 4. ledd, gir rett til nødvendig helsehjelp bare dersom pasienten har:

1. ”Forventet nytte av helsehjelpen.”
2. ”Kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.”
3. ”Retten gjelder innen de grenser kapasiteten setter”.

Innholdet i disse kriteriene er presisert i forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp av 1. desember 2000 § 2, med hjemmel i § 2-5. 5. ledd. Til tross for forskriftens presiseringer, fremstår fremdeles det rettslige innholdet i ressursforbeholdet, som uklart.⁴⁴ I fremtiden vil denne uklarheten mest sannsynlig bli avklart ved at Høyesterett eller lovgiver foretar en nærmere presisering.

Retten gjelder i forhold til; ”offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste i riket og andre tjenesteytere i den utstrekning regionale helseforetak eller helseforetak har inngått avtale med disse om tjenesteyting”, se prl § 2-1. Det kan sluttet av ordlyden at legespesialister, kliniske psykologer, røntgeninstituttet og medisinske laboratorier vil være omfattet, så fremt de har driftstilskudd fra et helseforetak.⁴⁵

I forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til nødvendig helsehjelp fremgår fristen for nødvendig helsehjelp. Forskriftens § 3. 1. ledd lyder: ”Pasienter som

⁴⁴ Kommentartutgaven s. 128.

⁴⁵ Kjønstad, Kompendium i helseretten, s. 170.

oppfyller vilkårene i § 2 har rett til helsehjelp innen den tid medisinsk forsvarlighet krever det”. I henhold til ordlyden, er det forsvarlighetskravet som vil være avgjørende for når pasienten vil få behandling. I forbindelse med det oppstilte forsvarlighetskravet i § 3 a, heter det i teorien at kravet kan tilsi både lengre eller kortere ventetid enn etter det eldre behandlings regime.⁴⁶

5.1.3 Avgjørelser

5.1.3.1 Avgjørelse – Manglende tildeling av behandler

Klagen gjelder manglende tildeling av behandler. Spørsmålet i saken, var om pasienten hadde fått nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Det rettslige utgangspunkt i saken var prl § 2-1: ”pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten”, samt forskrift om pasientansvarlig lege § 3: ”

Dersom det ikke er klart unødvendig skal ansvarlig leder i avdelingen /enheten peke ut en pasientansvarlig lege snarest råd etter innleggelsen eller poliklinisk forundersøkelse....dersom en pasient i lengre periode , hvor vedkommende har et

⁴⁶ Kjønstad, Kompendium i helserett, s.173.

faktisk behov for kvalifisert behandling, kun gis et tilbud som innebærer ren oppbevaring, vil dette være et brudd på pasientrettighetsloven (§ 2-1)''.

Fylkeslegen begrunner avslaget med:'' Forskriften om pasientansvarlig lege § 3,2. ledd, bestemmer at det kan unnlates å utpeke pasientansvarlig lege/psykolog. Fylkeslegen er derfor av den oppfatning at så lenge De hadde tilbud om samtaler og oppfølging av annet kvalifisert personell, var det ikke nødvendig å utpeke pasientansvarlig lege/psykolog. Fylkeslegen mener derfor at § 3 i nevnte forskrift ikke er brutt. Fylkeslegen finner etter en totalvurdering av pasientrettighetsloven § 2-1 om nødvendig helsehjelp, ikke er brutt''.

Til tross for denne begrunnelsen uttaler fylkeslegen, ''Det synes imidlertid at De ville fått tettere oppfølging dersom en av avdelingens behandlere ikke hadde blitt sykemeldt''.

5.1.3.2 Vurdering

Fylkeslegens rettslige utgangspunkt for å avgjøre klagen var prl § 2-1 jf. forskriften § 3. Dette utgangspunktet er i tråd med alminnelig rettsanvendelse. Spørsmålet i saken, om manglende tildeling av behandler var brudd på retten til helsehjelp, ble begrunnet med at forskriftens § 3. 2 ledd ikke var brutt. Hvorfor § 3.2 ledd ikke var brutt, drøftet ikke fylkeslegen. På grunn av manglende redegjørelse av regelens innhold, her vilkåret '' klar nødvendig'' kan det stilles spørsmål ved fylkeslegens lovanvendelse. Slik jeg ser det taler ikke faktum klart for at vilkåret ''klart unødvendig'' er oppfylt.

I tilfeller hvor fylkeslegen foretar en slik lovanvendelse blir det en tilsløring av resonnementet. Dessuten samsvarer ikke en slik praksis med kravet til god saksbehandling i forvaltningsloven. Foruten det nevnte kan også hensynet til rettssikkerheten bli svekket ved en slik lovanvendelse.

5.1.3.3 Avgjørelse – ventetiden i barnepsykiatrien

I denne saken hadde en pike ventet i 12 måneder på å få behandling. I disse månedene hadde jenta flere angstperioder. Angsten ble utløst i situasjoner som var uoversiktlige og/eller uvisse. Angsten ga seg utslag ved at piken kastet opp og var kvalm.

Fylkeslegen vurderte saken etter prl § 2-1, jf. Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til nødvendig helsehjelp § 3.

Fylkeslegen uttalte følgende; ” Det er altså ikke satt en generell frist for å oppfylle retten til nødvendig helsehjelp. Behandlingen pasienten har krav på, må ytes innen den tid medisinsk forsvarlighet krever. Aktuelle vurderingstema vil her være at en unngår at tilstanden forverres eller at behandlingsmuligheter går til spille. Tidspunktet når fristen er brutt, vil bero på en konkret helhetsvurdering basert på medisinsk skjønn.”

Videre heter det i avgjørelsen; ”Helsetilsynet i Rogaland har forståelse for at dere synes 12 måneder er lang ventetid for å få behandling til deres datter. Helsetilsynet i Rogaland synes ikke dette er tilfredsstillende situasjon. Vi har likevel under tvil kommet til at ventetiden ikke er i strid med forskriftens § 3.”

Begrunnelsen for denne avgjørelsen var, ”.. Selv om symptomene er svært plagsomme, så er de begrensede i det pasienten beskrives å ha god fungering på alle arenaer utenom gitte situasjoner som utløser angst. Helsetilsynet i Rogaland anser heller ikke at behandlingsmuligheter går tapt i vesentlig grad i ventetiden.”

5.1.3.4 Avgjørelse – ventetiden i barnepsykiatrien

En gutt ble innlagt ved barnepsykiatrisk, som ø-hjelps pasient. Innleggelse dagen utagerte pasienten kraftig og langvarig på skolen. Han hevdet dessuten flere ganger at han ville drepe seg. Etter at suicidalitet og psykose problematikk var avkreftet, ble han vurdert som utrednings/behandlingstrengende. Siden pasienten hadde fått tilbud om videre helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ble vurderingstema i denne saken: fristen for når helsehjelpen skulle oppfylles.

Det rettslige utgangspunkt for vurderingen av saken, var forskriftens § 3. I avgjørelsens begrunnelse uttales det, ” Fylkeslegen har forståelse for foreldrenes fortvilelse når de måtte vente på utredning fra.....og at de var urolige for midlertidig plassering i barnevernsinstitusjon. Fylkeslegen mener likevel at ventetiden er innenfor det som er medisinsk forsvarlig. En legger da vekt på at pasienten fikk et midlertidig tilbud på barnevernsinstitusjon og at ventetiden ikke var urimelig lang.”

5.1.3.5 Vurdering

Både i saken om jenta med angst og gutten med onde tanker går det frem av fylkeslegens vurdering at han anser at det skal svært mye til før ventetidene anses å være uforsvarlig.

Hva som er korrekt lovanvendelse i disse to sakene er basert på forsvarlighetsprinsippet. På bakgrunn av at det er medisinsk skjønn må fastsette hva som er forsvarlig, vil det for meg være vanskelig å foreta en vurdering av resultatene i sakene.

Derimot kan jeg utale meg om fylkeslegens lovanvendelse. Etter mitt skjønn er den, i disse to sakene, i samsvar med alminnelig juridisk metode, da utgangspunktet er lovens ordlyd og en fortolkning av den.

5.2 Rett til vurdering § 2-2

Retten til å få vurdert sin helsetilstand, innebærer en lovfesting av vurderingsgarantien i § 7 i forskrift om ventetidsgaranti av 27. juni 1997 nr. 654.⁴⁷

5.2.1 Innholdet i "vurdert innen 30 dager"

I § 2- 2 er fristen for å få helsetilstanden vurdert, satt til på 30 virkedager. Begrunnelsen for tidsfristen, var å gi pålegg til den som yter spesialisthelsetjenester til å oppfylle innen et bestemt tidsintervall. Formålet bak reglene var bl.a. at pasientene både skulle være trygge og kunne forvente rask tilbakemelding.⁴⁸

Ordlyden setter en frist på at vurderingen skal være foretatt "innen 30 virkedager".

Alminnelig språklig forståelse tilsier at den senest må være foretatt etter seks uker. En virkedag er en vanlig arbeidsdag.

⁴⁷ Kommentartutgaven s. 135.

⁴⁸ Ot.prp.nr. 12 (1998-1999) s. 30.

Det er i § 2-2, ikke eksplisitt uttrykt hvem som skal foreta vurderingen. Lovens ordlyd taler for at det enkelte sykehus og den enkelte spesialistpoliklinikk er ansvarlig for dette.⁴⁹

5.2.2 Innholdet i vurderingen

Ved mistanke om alvorligere sykdom som kan kreve raskere behandling, skal det etter § 2-2, 2 ledd vurderes: ”om det er nødvendig med helsehjelp”. Lovens presiserer ytterligere: ”Om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse”. Slik jeg ser det, må denne presiseringen i loven, sees i lys av grunnprinsippet om retten til forsvarlig behandling. Dette prinsippet vil gjøre seg gjeldende i forhold til enhver behandling helsepersonell utfører.

I lovens siste ledd presiseres det at vurderingen må skje raskere: ”Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom”. Det er med andre ord en forsvarlighetsvurdering som må legges til grunn.⁵⁰

⁴⁹ Kjønstad, Kompendium i helserett, s. 162.

⁵⁰ Ot. Prp. nr 12 (1998-1999) s. 30.

Foruten pasientens rett til vurdering går det frem av ordlyden i bestemmelsen at pasienten også skal ”gis informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt”: innholdet i bestemmelsen må forstås slik at både pasienten og henvisende lege umiddelbart får orientering om utfallet av vurderingen⁵¹.

5.2.3 Avgjørelse – frist for rett til vurdering

I 2002 var det en klagesak som gjaldt retten til vurdering. Denne saken gjaldt en mann som hadde psykiske problemer. For å kontrollere problemene, inntil han fikk time hos spesialisthelsetjenesten, fikk han medikamentell behandling. Behandlingen fungerte ikke. Spesialisthelsetjenesten fikk så henvendelser fra sosialtjenesten om at plagene var blitt verre. Til tross henvendelsene ble ikke mannens helsetilstand vurdert.

Fylkeslegen vurderte forholdet på grunnlag av prl § 2-2. 1. ledd 1. pkt. Hans vurdering og konklusjon var: ”Psykososialt team for flyktninger på Vestlandet har ikke overholdt fristen på 30 virkedager i pasientrettighetsloven § 2-2.1. ledd 1. punktum, og vil bli tilskrevet i eget brev”.

⁵¹ Kommentartutgaven s. 114.

5.3 Fritt sykehusvalg prl § 2-4

5.3.1 Innholdet i reglen om fritt sykehusvalg, prl § 2-4

Det heter i prl § 2-4: ”Pasienten har rett til å velge på hvilket offentlig sykehus eller distriktpsykiatriske senter behandlingen skal foretas.” Lovens utgangspunkt er at pasienten kan velge hvilket sykehus han skal behandles på.

Dette gir den enkelte pasient større frihet til å foreta individuelle valg. Samtidig blir det større likhet mellom alle pasienter i landet og konkurransen mellom sykehusene kan bidra til å øke kvaliteten og effektiviteten.⁵²

Av ordlyden i bestemmelsen går det frem at retten til å velge sykehus omfatter ”offentlige sykehus”. I spesialisthelsetjenesteloven § 5- 3, forstås ”offentlige” som institusjoner som inngår i regional helseplan⁵³. Av dette følger at også poliklinikker og distriktpsykiatrisk sentra som fysisk ligger utenfor sykehuset område, vil omfattes av retten til fritt sykehusvalg, såfremt enheten rent organisatorisk er en del av et offentlig sykehus.

⁵² Kjønstad, Kompendium i helserett, s.165.

⁵³ Kommentartutgaven s. 138

Fra hovedregelen i § 2-4 om at pasienten har rett til valg av sykehus, er det i samme bestemmelse oppstilt et klart unntak fra dette. Det heter:” Dette gjelder ikke behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien”. Begrunnelsen for denne reglen er at behandlingen av barnet må skje i kontakt med barnets nettverk, slik som skole, familien etc, da dette anses å være av det beste.

I henhold til ordlyden, er ikke voksenpsykiatrien omfattet av dette unntaket. Det kan derfor slutes at lovgivers ønske var at lovens hovedregel skulle gjelde for disse pasientene. Derimot slås det fast i teorien⁵⁴ at pasienter under tvungen psykisk helsevern ikke har en slik valgmulighet. Teorien begrunner sitt syn med hva som uttales i forarbeidene vedrørende dette spørsmålet.

Når det gjelder hva retten innebærer, heter det i ordlyden at pasienten har rett til å velge hvilket offentlig eller distriktpsikiatrisk senter” behandlingen skal foretas”. En naturlig slutning av ordlyden vil være at retten kun gjelder hvor behandlingen skal foretas.

Et spørsmål som kan reises vedrørende hvor behandlingen skal foretas, er om rettighetene ”vurdering” og ”fornytt vurdering” se prl §§ 2-2 og 2- 3, er inkludert i retten til fritt sykehusvalg. Synspunktene i teorien er delt vedrørende dette spørsmålet.

⁵⁴ Kjønstad, Kompendium i helserett ,s.165.

På den ene siden uttales det, begrunnet i at ordlyden snakker om hvor behandling skal foretas, at ”vurdering” og ” fornyet vurdering” faller utenfor valgretten.⁵⁵ På den annen side uttales det klart både i forarbeidene og kommentarutgaven at det frie sykehusvalg vil gjelde både vurdering og behandling.

Vedrørende i hvilke situasjoner pasienten har rett til fritt sykehusvalg, heter det i ordlyden at pasienten kan velge sykehus ” der behandlingen skal foretas”. Etter alminnelig språklig forståelse kan behandling referere seg til både planlagt behandling og øyeblikkelig hjelp.

I forarbeidene er det presisert at ”retten oppstår i forbindelse med planlagt behandling”.⁵⁶ I teorien er det, til tross for at ordlyd, forarbeider og rundskriv klart gir uttrykk for at retten gjelder ved planlagt behandling, oppstilt et unntak fra dette kravet. Unntaket gjelder øyeblikkelighjelp situasjoner. Unntaket er slik jeg leser det enten begrunnet i forsvarlighetskravet⁵⁷ eller i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1⁵⁸.

⁵⁵ Kjønstad, Kompendium i helserett, s. 165.

⁵⁶ Ot.prp nr. 12 (1998-1999) s. 37.

⁵⁷ Kommentارutgaven s. 120.

⁵⁸ Kjønstad, Kompendium i helserett, s. 165

I prl § 2-4 andre ledd heter det: ”Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå”. Eksempelvis kan pasienten ikke velge å bli behandlet på Rikshospitalet hvis behandlingen tilsier et lokalsykehus.⁵⁹ Eller som kommentarutgaven uttrykker det: ”Retten til fritt sykehusvalg innebærer altså ikke en rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten har behov for”.

5.3.2 Avgjørelse - om fritt sykehusvalg

En kvinne hadde i forbindelse med fødsel, valgt et bestemt universitetssykehus. Hun ble fulgt opp ved svangerskapsklinikken på dette sykehuset. I forbindelse med en kontroll på klinikken, ble det konstatert at livmorhalsen var tilbaketrukket. Hun ble derfor umiddelbart lagt inn på observasjonsposten. Grunnlaget var ”truende fødsel”.

Etter tre uker på posten fødte hun. Barnet måtte ligge på prematuravdelingen. 24 timer etter fødselen fikk kvinnen beskjed om at hun måtte flyttes til et annet sykehus. Kvinnen klaget på vedtaket da hun lå på sitt fritt, valgte sykehus og mente at hennes innleggingsgrunnlag ikke kunne frata henne retten til fritt sykehusvalg. Sykehuset avslo dette og uttaler i sin begrunnelse til fylkeslegen at avslaget vedrørende retten til valg av sykehus skyldtes kapasitetsproblemer på nyfødtintensivseksjonen.

⁵⁹ Kjønnstad s. 166.

Fylkeslegen konkluderer i sin behandling av klagen slik: ” I og med at det i Deres tilfelle var sannsynlig at De ville føde for tidlig er Fylkeslegen av den oppfatning at De ikke ble gitt tilstrekkelig informasjon da De ikke ble gjort oppmerksom på denne muligheten, og informert om fritt sykehusvalg ikke gjelder for intensivavdelinger. Det fremgår av uttalelsen fra avdelingssykepleier at dette beklages og rutinene på dette området ville bli gjennomgått for å forhindre dette i fremtiden.”

5.3.2.1 Vurdering av fylkeslegens avgjørelse

På bakgrunn av hva som her er uttalt om ø-hjelps situasjoner kan jeg ikke se at sykehuset hadde grunnlag å overføre barnet, som trengte intensivbehandling, til et annet sykehus. Dessuten henter jeg støtte for denne forståelsen i lovens ordlyd, forarbeidene og kommentarutgaven. Jeg vil her særlig fremheve drøftelsen i forarbeidene vedrørende spørsmålet om et sykehus kunne nedprioritere pasienter bosatt i andre fylkeskommuner. Konklusjonen i forarbeidene er at de ikke kan nedprioritere pasienter bosatt i andre fylkeskommuner.

Med utgangspunkt i hva som er sagt ovenfor, virker det som at fylkeslegen avgjorde spørsmålet på et noe tvilsomt grunnlag. Fylkeslegens rolle er ikke å skape rett eller

endre rettstilstanden, men å utøve kompetanse i samsvar med pasientrettighetslovens regler. Der han er i tvil om innholdet i ord og uttrykk, ville det vært naturlig å se hen til lovens formålbestemmelse. I forarbeidene er det uttalt følgende; ” Formålbestemmelsen har verdi som rettskildefaktor, og har rettslig betydning som tolkningsmoment når innholdet i de enkelte bestemmelser skal bestemmes og anvendes i konkrete tilfeller.”⁶⁰ Etter en naturlig tolking av ordlyden i formålsbestemmelsen, kan det slutes at det er pasientens beste som skal være i fokus når fylkeslegen treffer avgjørelser.

Et moment som jeg mener fylkeslegen burde ha vektlagt i sin avgjørelse, er at sykehuset var bestemt som føde sted av kvinnen i forkant av komplikasjonene og fødselen. Dette momentet i seg selv burde tale for at fylkeslegen hadde truffet en annen avgjørelse enn han gjorde.

5.4 Individuell plan § 2-5

Departementet hadde innvendinger mot retten til individuell plan da de mente at den kunne bli både vag og uklar. Sosialkomiteen uttalte på sin side at slike innvendinger

⁶⁰ Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 95.

”tydeliggjør behovet for klart definerte tiltak i planen, noe som igjen betyr at pasienten får nødvendig avklaring på sitt behandlingsforløp.” Sosialkomiteens uttalelse har blitt bekreftet ved at 24,2 % av klagen i 2002 gjaldt retten til individuell plan.

Retten til individuell plan er regulert i prl § 2-5.

Plikten for helsepersonell til å utarbeide individuelle planer er regulert i henholdsvis kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og i psykisk helsevernloven § 4-1.

Med hjemmel i de ovenfor nevnte lover er det gitt forskrift om individuellplaner.

5.4.1 Vilåårene for å få utarbeidet individuell plan

Kravet om langvarige og koordinerte helsetjenester

Etter ordlyden i § 2-5 er retten begrenset til pasienter som har behov for ”langvarige og koordinerte helsetjenester”. Disse uttrykkene er skjønnspregede. En naturlig språklig forståelse av innholdet i kravet om langvarige helsetjenester, er at behovet for tjenesten strekker seg over et vist tidsintervall. Tidsintervallet må derimot ikke være livsvarig

eller strekke seg over et bestemt antall år.⁶¹ Det følger heller ikke av lovteksten eller forarbeider at behovet må gjelde samme type helsehjelp i det aktuelle tidsintervallet.

Ved tolkningen av uttrykket ”koordinerte helsetjenester” er det naturlig å forstå dem som to eller flere helsetjenester, og at disse sees i sammenheng.

Det fremgår av forarbeidene at den nedre grensen for hva som krever en slik plan, må sees i lys av om det er tale om tiltak og tjenester, som i omfang og kompleksitet tilsier en slik helhetlig plan. Vurderingen av om behovet er langvarig og sammensatt må sees i sammenheng med lovens formål. Formålet med reglene er at pasienten skal slippe å forholde seg til ulike instanser som hver for seg er inne med ulike tiltak. Et sentralt hensyn bak regelen, er lovgivers ønske om å styrke samhandlingen mellom ulike tjenesteytere på tvers av forvaltningsnivåene.

Utarbeidelsen av en individuell plan må være ” i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern” se Prl. § 2-5.

Jeg vil ikke her gå nærmere inn på plikten til å utarbeide individuelle planer, da oppgavens tema og omfang begrenser dette.

⁶¹ Kjellevold, Retten til individuell plan, s. 19

Hvis pasienten fyller vilkårene for behov for ”langvarige” og ”koordinerte” helsetjenester, fremgår det av lovens ordlyd at de har ”rett til å få utarbeidet individuell plan”. Til tross for at pasienten har ”rett til å få utarbeidet individuell plan” gir ikke planen individuelle rettskrav på tiltak som er beskrevet i denne.⁶²

Det retten derimot gir, er rett til en type helsehjelp fra helsepersonell som innebærer utarbeidelse av et bestemt dokument med et nærmere bestemt innhold. Retten materialiserer seg ved selve dokumentet med og innholdet i dette.

5.4.2 Avgjørelse - langvarig og koordinerte helsetjenester

Klager, sykehjemspasient med invalidiserende Mb Parkinson, hevdet han hadde rett til individuell plan. Spørsmålet i saken var, hva som ligger i lovens vilkår ”langvarige og koordinerte helsetjenester”.

Ved avgjørelsen av hvorvidt disse vilkårene var oppfylt, ble det lagt vekt på lovens formål. Fylkeslegen la til grunn at pasienten ikke hadde behov for flere helsetjenester,

⁶² Inst O nr 65 (1998-1999) pkt 2 og Kommentartutgaven s. 140

da både utredning hos spesialist og behandling hos fysioterapeut var avsluttet, dette til tross for at fysikalsk behandling ble gitt på grunnlag av fysioterapeutens instruksjoner.

I konklusjonen fremhever fylkeslegen følgende: ”Han ytes helsehjelp utelukkende av pleiepersonell og tilsynslegen på det kommunale sykehjem. Pasienten har derfor ikke rett til individuell plan”.

5.4.3 Vurdering

Slik jeg leser denne avgjørelsen, har fylkeslegen lagt vekt på at kravet ”langvarige og koordinerte helsetjenester” ved institusjonsopphold er avhengig av om pasienten får behandling av de ansatte ved institusjonen eller av eksternt helsepersonell. Årsaken til at jeg leser avgjørelsen slik, er at pasienten fremdeles hadde behov for fysikalsk trening. Denne ble imidlertid utført av pleierne på bakgrunn av instruksjoner fra fysioterapeuten. Dette er neppe riktig anvendelse av reglene, da det overordnede spørsmålet må være om tiltaket og tjenester i omfang og kompleksitet tilsier en helhetlig plan.

Siden fylkeslegens avgjørelser ikke kan overprøves vil feil anvendelse av rettsreglene være svært uheldig for den som klager. Dessuten vil en feil anvendelse av regelen kunne medføre ulik praksis hos fylkeslegen. Siden pasientrettighetsklagene rettes til alle landets fylkesleger, må det som i enhver rettsanvendelse, tilstrebes en korrekt og lik anvendelse av rettsreglene.

5.4.4 Hva planen skal inneholde

Krav til planens innhold

Det er kun i lov om psykisk helsevern § 4-1, at det er fastsatt krav til planens innhold. Foruten denne bestemmelsen er innholdet i de individuelle planene regulert i forskrift om planens innhold.

I forskriftens § 6 fremgår det hva planen skal inneholde. § 6 i forskriften, må forstås i sammenheng med dennes § 5. I denne forskriftsbestemmelsen heter det ”Den

individuelle planenes innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient. Det skal under utarbeidelse av planen tas hensyn til pasientens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger”. Dessuten må innholdet i forskriftens bestemmelser, sees i lys av formålet, se både forarbeidene og forskriftens § 2.

Av ordlyden i § 6 ser vi at planen skal inneholde en beskrivelse av pasientens mål, ressurser og behov for tjenesten. Den skal videre beskrive hvilke tiltak som er aktuelle, omfanget av disse og hvordan tiltakene skal gjennomføres. I tillegg skal den beskrive samarbeidspartnere og hvem som har et ansvar. Foruten det nevnte skal den vise aktuelle tidsintervaller, planperioder og tidspunkt for justeringer og revidering.

5.4.5 Avgjørelse om innholdet i de individuelle planene

Klagesaken gjaldt spørsmålet om å få utarbeidet individuell plan.

Foruten å forholde seg til klagepartens innsigelse valgte fylkeslegen å presisere innholdet i den individuelle planen. I presiseringen gjengis § 6 i forskrift om individuell plan.

5.4.5.1 Vurdering

Kravet i denne saken var å få utarbeidet individuell plan. Foruten å ta stilling til kravet, velger fylkeslegen å referere § 6 i forskriften. Årsaken til at han velger å gjengi bestemmelsen, har nok sammenheng med hans lovpålagte rolle til å gi informasjon, se tilsynsloven § 2. Denne avgjørelsen kan derfor på den ene siden illustrere fylkelegens ulike roller. På den annen side illustrerer den at lovens ordlyd blir nærmere presisert ved forskrift.

5.4.6 Koordineringsansvaret

I henhold til teorien, om retten til individuell plan, er det rettslige utgangspunktet for fastsettelse av koordineringsansvaret, forskrift om individuelle planer § 5.

I denne heter det om ansvaret for å utarbeide individuell plan: ”Den del av helsetjenesten pasienten henvender seg til har plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes. Planarbeidet må koordineres, og det skal kun utarbeides en individuell plan for hver enkelt pasient, som skal omfatte behov for tjenester fra primær- og spesialisthelsetjenesten”.

Av ordlyden kan en slutte at det i utgangspunktet er den instans hvor personen er som må ta initiativ til utarbeidelse og koordinering. Dette utgangspunktet er greit, såfremt pasienten ikke beveger seg mellom ulike instanser.

I teorien gis det et eksempel på og en konkretisering av hvordan reglene må forstås. Eksempelet viser til der pasienten i perioder er under psykisk helsevern og i perioder er hjemme og får hjelpetiltak fra kommunehelsetjenesten. Det uttales at ”det må forventes at de ulike instanser i slike tilfeller blir enig om hvem som skal ha koordineringsansvaret, og ofte vil det vel være aktuelt at kommunen har et slikt ansvar”. Denne uttalelsen er igjen basert på hva som uttales i veileder for individuell plan, der departementet finner det naturlig at det individuelle planarbeidet forankres hos kommunen.

5.4.7 Avgjørelse om koordineringsansvaret

Saksforholdet var at foreldrene mente at de satt med det meste av koordineringsansvaret. De klagde til fylkeslegen for å få avklart hvor forpliktelsene ved koordineringsansvaret lå.

I sin avgjørelse viste fylkeslegen til forskriften om individuell plan § 2 a. I § 2 a fremgår formålet med individuell plan. På bakgrunn av ordlyden i formålsbestemmelsen, ”å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølging av pasienten”, uttalte fylkeslegen at: ”Når det er avklart at det skal utarbeides individuell

plan, må det oppnevnes en person- en koordinator- som har ansvaret for å lede hele prosessen med å utarbeide en individuell plan for den enkelte”. Videre ”Etter Fylkeslegens vurdering ville det være en fordel om den koordinerende enhet som har oppgave å vurdere behovet for individuell plan, også oppnevner koordinator”.

I konklusjonen ble det sagt: ”Kommunen har ikke oppfylt sin plikt til å oppnevne koordinator”. I denne saken fastsatte ikke fylkeslegen hvem som skulle ha dette koordineringsansvaret.

5.4.7.1 Vurdering

Det rettslige utgangspunkt for fastsettelsen av koordineringsansvaret er forskrift om individuell plan § 5. Til tross for at dette er utgangspunktet for fastsettelsen av hvem som har koordineringsansvaret, var grunnlaget for fylkeslegens avgjørelse forskriftens § 2 a. Utgangspunktet for enhver rettsanvendelse er at rett rettsregel legges til grunn ved avgjørelsen av de spørsmål klagen reiser. Anvendelse av feil regel er uheldig, da hensynene bak klageordningen ikke vil bli ivaretatt.

5.4.8 Samarbeid – individuell plan

Brukers innflytelse på utarbeidelse av den individuelle planen

Forutsatt at pasienten har samtykket til utarbeidelsen av individuell plan, se prl § 4-1 og forskriften § 4, vil spørsmålet om brukers innflytelse og deltakelse kunne fastsettes.

I prl § 3-1 er retten til medvirkning ved gjennomføring av helsehjelp hjemlet. I forskriften er denne retten nærmere presisert. I § 3 første ledd heter det; ”Pasienten har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for det.” Det presiseres at når det gjelder medvirkning ved gjennomføringen av planene, reguleres brukerens rett til medvirkning direkte i prl § 3-1.

For å fastlegge innholdet av denne bestemmelsen, ønsker jeg å presisere at den individuelle plan er et verktøy for å ivareta de ulike hensyn til privatpersonens integritet. Som det fastslås i teorien, er da brukermedvirkning selvsagt. For at brukermedvirkning

skal oppnås er det en forutsetning at brukeren får nødvendig informasjon, se teori prl §§ 3-2 til 3-5.

Når det gjelder spørsmålet om brukermedvirkning, har ikke pasienten kun rett til innflytelse og deltakelse, men også en rett til ikke å medvirke.⁶³

Ut fra hva som her er sagt er det på det rene at retten til å delta må sees på som en prosessuell rettighet som kan påklages.

5.4.9 Avgjørelse om brukers samarbeid

I klagen til fylkeslegen klager pasienten over at hun i et møte med kommunen og habiliteringsavdelingen ble presentert for en individuell plan uten at hun som bruker, eller pårørende, PPT eller andre samarbeidspartnere hadde deltatt i utformingen av den. Med andre ord et spørsmål om brukersamarbeid.

5.4.9.1 Vurdering

I denne saken viste det seg at pasienten selv hadde trenert samarbeidet ved utarbeidelsen av den individuelle planen. Derfor ble det konkludert med at fylkeskommunen ikke hadde opptrådt kritikkverdig.

Til tross for at denne saken ikke fordret en fastsettelse av gjeldende rett, var spørsmålet saken reiste rettslig interessant da fylkeslegene i henhold til tilsynsloven § 2, er ilagt en opplysnings og informasjonsplikt. Derfor kunne det vært fordelaktig at fylkeslegen hadde gitt en redegjørelse for hvordan denne saken kunne vært løst.

5.5 Rett til informasjon § 3-2

5.5.1 Lovens hovedregel og hensyn

I bestemmelsens første ledd er lovens hovedregel angitt, ”pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.”

Retten til informasjon er begrunnet i flere hensyn. For det første vil pasienten ha en reell mulighet til å ivareta egne interesser, både i forhold til behandling og i andre sammenhenger. Informasjon er dessuten en forutsetning for pasientens samtykke til helsehjelp. Informasjon er også nødvendig for å kunne medvirke på en effektiv måte. Et annet hensyn er hensynet til pasientens integritet. Dette hensynet vil tilsi at pasienten gis

⁶³ Kjelleevold, Retten til individuell plan, s. 41

kontinuerlig opplysninger om egen helsetilstand og om helsehjelpen som ytes.

Rettigheten vil nok også være av betydning for en pasients mulighet for å planlegge sitt liv og for å forutsi sin rettstilling.

5.5.2 Hvem skal ha informasjonen og hvem skal gi den

I henhold til lovens ordlyd går det klart frem at det er pasienten som skal ha informasjonen. Hvem som derimot skal gi informasjonen kommer ikke eksplisitt frem av ordlyden. I forarbeidene⁶⁴ er det derimot presisert. Her fremgår det at i utgangspunktet skal den som yter helsehjelpen ha ansvaret for at rettigheten blir oppfylt. Dette ansvaret kan delegeres.⁶⁵ Hjemmelen for hvem det kan delegeres til, er helspl § 10 jf. § 3. I § 10 heter det: ” 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...” Videre fremgår det av forarbeidene at det er ”opp til den enkelte helseinstitusjon å utarbeide egne rutiner eller retningslinjer for hvordan informasjonsplikten skal overholdes”.

⁶⁴ Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 52

⁶⁵ Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 52

Hvordan informasjon skal gis er fastsatt i forarbeidene. Der heter det: ”Virksomheten må vurdere konkret hvordan dette best mulig kan gjennomføres ut fra interne organisasjonsforhold o.l.”. Videre heter det ”Forslaget tar sikte på å forhindre at pasienten får et uklart og forvirrende bilde av egen helsetilstand, noe som lett ville kunne bli tilfelle hvis mange personer gir informasjon”.

5.5.3 Avgjørelse om hvem som har informasjonsansvaret

I praksis er det en sak som kan illustrere hvem som har informasjonsansvaret. Spørsmålet i saken var hvorvidt institusjonens rutiner vedrørende hvem som ga informasjonen, var kritikkverdig. Klager hevdet at informasjonen ikke skulle vært gitt av en sykepleierstudent, men av en avdelingssykepleier eller kontaktsykepleier.

I fylkeslegens avgjørelse konkluderes det med at sykehjemmets praksis var forsvarlig. Dette begrunnes med at til tross for at pårørende skal vite hvem de skal henvende seg til for å få informasjon, vil alltid fortløpende informasjon måtte gis. Fylkeslegen uttrykker dette på følgende måte: ”Det vil då være det personalet som er på vakt som må vurdere kor mykje og kva informasjon som skal gjevast”. Videre heter det i avgjørelsen: ”I dette høvet var det ein sykepleierstudent på siste året som gav opplysningar i samsvar med det som tilsynslege hadde notert i kardex. Primærsjukepleier var også innom rommet fleire gonger. Vi kan ikke sjå at dette ikkje er forsvarlig praksis.”

5.5.3.1 Vurdering

Det naturlige utgangspunktet for en hver rettsanvendelse er lovens ordlyd. I denne avgjørelsen knyttes ikke begrunnelsen til ordlyden i bestemmelsen. På denne bakgrunn kan det reises spørsmål om hva slags rettsanvendelse fylkeslegen utøver.

Til tross for svak rettsanvendelse fremstår likevel avgjørelsen intuitiv som holdbar. Allikevel burde hensynet til klager og forsvarlig saksbehandling ha vært styrende for hvordan begrunnelsen ble utformet.

5.5.4 Kravet til innholdet i den informasjonen som gis

Når det gjelder den informasjon som skal gis, gir loven retningslinjer om at den skal være: ”nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen”.

Dessuten uttrykkes det at det også skal informeres om ” mulige risiki og bivirkninger”.

Av ordlyden ser vi at retten til informasjon er avgrenset til informasjon om pasientens helsetilstand og helsehjelp. Av både forarbeidene og kommentarutgaven går det frem at det er et minstekrav vedrørende informasjonens kvalitet. Disse kravene er at informasjonen må tilfredsstillе kravene i prl § 4-1 om gyldig samtykke. I tillegg må informasjonen være slik at pasienten kan ha reell mulighet til å medvirke ved valg av helsehjelp.⁶⁶ I kommentarutgaven presiseres det at kravet til forsvarlig behandling i helsepl § 4, må være oppfylt i forhold til den informasjonen som gis.

I ordlyden fremgår det at pasienten skal informeres om ”mulige risiki og bivirkninger”. Begrunnelsen for bestemmelsen er at den kan forebygge utrygghet og frustrasjon hos pasienten, samt unødvendige klager og erstatningssaker.

⁶⁶ ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 52

5.5.5 Unntak fra lovens hovedregel

I bestemmelsens andre og tredje ledd, oppstilles tre unntak fra lovens hovedregel om (automatisk) informasjon. I denne delen av oppgaven, vil jeg kun si noen ord om unntaket som sier at: ”informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje”. De to andre unntakene:

1. ”påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv ”
2. ”klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær.” Behandles i pkt.5.6

Utgangspunktet er klart: pasienter kan ikke påtvinges informasjon mot sin vilje.

På den annen side uttrykkes det både i forarbeidene og kommentarutgaven at denne retten ikke er uinnskrenket. Der retten ikke er uinnskrenket er dette begrunnet i hensynet til å forebygge skadevirkninger hos pasienten.

5.5.6 Plikten til å gi informasjon ved påført skade

I paragrafens fjerde ledd går det klar frem av ordlyden at i de tilfellene pasienten ”blir påført skade eller alvorlige komplikasjons”, skal han informeres. Denne bestemmelsen anses å være en ”styrking av tillitsforholdet pasienter og helsevesenet”.⁶⁷

⁶⁷ Kommentarutgaven 161.

Det heter videre i § 3-2 fjerde ledd: ” Pasienten skal samtidig gjøres kjent med adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning”. I forarbeidene uttrykkes det at denne bestemmelsen klart forplikter helsepersonell å gi slike opplysninger. Med andre ord det kan ikke forutsettes at pasienten får slike opplysninger fra f.eks. pasientombudet.

5.5.7 Informasjonsplikt – avsluttet behandling

Bestemmelsens femte ledd vil gi pasienter rett til informasjon ”etter behandlingen er avsluttet”. Vilkårene for å få informasjon etter behandling er at det ”oppdages” at pasienten ”kan ha” blitt påført ”betydelig skade som følge av helsehjelpen”. I tillegg er det et krav om at det skal være mulig å informere pasienten.

Når det gjelder tidsperspektiv i bestemmelsen sier ikke ordlyden annet enn at pasienten skal informeres såfremt det ikke er mulig. Ikke mulig vil språklig i alle fall være der pasienten er død. Det kan og uttrykkes slik det gjøres i kommentarutgaven, at ” det gjelder i utgangspunktet ingen grense i tid ...”.

Det skal informeres når det ”oppdages” at pasient ”kan ha” blitt påført ”betydelig skade.” Eksempelet som både forarbeidene og kommentarutgaven gir vedrørende dette

er der radiumshospitalet gjennom en årrekke hadde benyttet for høy dose stråling og antakeligvis hadde påført sine pasienter betydelig skade. Informerte de pasientene ved å varsle gjennom riksmidia.

5.6 Rett til journalinnsyn prl § 5-1

5.6.1 Hovedreglen om innsynsretten

Rett til journalinnsyn er sammen med rett til informasjon, kravet til samtykke og muligheten til å påklage gitt- og ikke-gitte – helsetjenester blant de viktigste prosessuelle pasientrettighetene.⁶⁸ Rettigheten ble etablert ved Høyesterett sin avgjørelse i 1977 (Rt. 1977 s. 1033). Ordlyden i prl § 5-1 er hovedsakelig en videre føring av den tidligere legelovens § 46.

Hovedreglen om rett til journalinnsyn følger av prl § 5-1. 1. ledd første punktum:

”Pasienten har rett til innsyn i journalen sin med bilag og har etter særskilt forespørsel rett til kopi.”

⁶⁸ Kommentartutgaven s.221.

Ordlyden er klar. Pasientene kan få se sin egen journal med bilag. I tillegg har pasienten krav på kopi ved ”særskilt forespørsel”.

I forskrift til helsepersonelloven om journal, er det definert hva som skal føres inn i journalen. I de situasjoner innsyn blir fremmet, vil utgangspunktet for innsyn ikke være hvor opplysningene er lagret. Dette fordi poenget med innsynsretten er å gi pasienten innsyn i opplysninger som gjelder hans behandling. Avgjørende for innsynsretten er hvilke opplysninger pasienten har interesse av.

5.6.2 Avgjørelse - journalbegrepet

I praksis er det kun en sak som gjelder journalbegrepet. Denne saken gjaldt en bror som ønsket å få utskrift av dødsattesten til sin søster. I henhold til fylkeslegens konklusjon var en dødsattest å anse som en del av journalen.

5.6.3 Vilkårene - innsyn og helsepersonells plikter

For å få rett til kopi av journalen følger det at pasienten må rette en ”særskilt forespørsel”. Begrepet ”særskilt forespørsel” krever at pasienten gjør noe aktivt i forhold til dem som har råderett over journalen. Lovens ordlyd sier ikke at denne

handlingen må bestå i at personen retter en skriftlig henvendelse til rette vedkommende. Derfor bør det kunne sluttet at det er nok at pasienten eller en representant henvender seg muntlig.

I §5-1 første ledd andre punktum heter det: ”Pasienten har etter forespørsel rett til en enkel og kortfattet forklaring av faguttrykk eller lignende”. Hensynet bak denne reglen er at uten en slik forklaring kan ikke innsynsretten anses å være reell.⁶⁹

5.6.4 Avgjørelser - særskilt forespørsel

Av praksis ser vi journaler er blitt krevd utlevert både ved at det er foretatt telefoniske henvendelser og mer formelle skriftlige henvendelser. Fylkeslegen har i alle sakene, ment at henvendelsen har oppfylt vilkåret om ”særskilt forespørsel”. Praksis stadfester med dette at det ikke stilles bestemte formkrav til den ”særskilte forespørselen”.

5.6.5 Unntak fra innsynsretten

I prl § 5-1 andre ledd er det hjemlet unntak fra innsynsretten. Her heter det: ” Pasienten kan nektes innsyn i opplysninger i journalen dersom dette er påtrengende nødvendig for

⁶⁹ Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 94

å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv, eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær”.

Det følger av ordlyden at det er kun to grunnlag som kan begrense innsynsretten:

1. ”for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade på pasienten selv.”
2. ”klart utilrådelig av hensyn som står personen nær.”

Ordlyden i første alternativ peker i retning av at nødrettsbetraktninger må legges til grunn ved vurderingen av om innsynsretten kan begrenses. I kommentarutgaven med henvisning til forarbeidene, gis det følgende eksempel på hva som omfattes: ”tilfeller der diagnostisert er svært alvorlig somatisk sykdom samtidig som pasienten er inne i en psykisk ustabil periode. Dersom pasienten får vite om den alvorlige diagnosen gjennom innsynsretten i en slik ustabil periode, vil dette kunne medføre fare for pasientens liv eller fare for alvorlig helseskade hos pasienten.”⁷⁰

Når det gjelder det andre unntaket, fremgår det av ordlyden at den åpner for andre enn nødrettssituasjoner. Hensynet bak denne bestemmelsen er at nærstående i enkelte

⁷⁰ Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 93 og kommentarutgaven s.233.

tilfeller kan ha selvstendig behov for beskyttelse mot pasienten.⁷¹ For at innsynsretten skal begrenses, må det være ”klart utilrådelig”.

Innholdet i begrepet ”klart utilrådelig” tilsier at det må det være mer enn uheldig at pasienten blir kjent med opplysningene.⁷² I henhold til hva som er uttalt her, kan det sluttet av ordlyden at det må være en reell fare for konsekvenser av et visst omfang for pasientens nærstående.

Et eksempel der innsyn kan anses å være utilrådelig, er hvor opplysninger i journalen som stammer fra pårørende, er av en slik art at de kan gi frykt for represalier fra pasienten overfor de som har gitt opplysningene.⁷³

I rettspraksis gir Rt 1984 s. 591 et eksempel på at innsyn har blitt nektet. Bakgrunnen var at tidligere ektefelles opplysninger var gitt med løfte om konfidensialitet.

I kommentarutgaven heter det i tilknytning til denne avgjørelsen at det er usikkert om begrunnelsen for denne nektelsen vil tilfredsstillende de strenge kravene som fremgår av

⁷¹ Kommentarutgaven 227.

⁷² Kommentarutgaven 233.

⁷³ Kommentarutgaven s. 233.

dagens bestemmelse. Videre fremheves det i kommentarutgaven at bestemmelsen er som nevnt, ikke gitt tilbakevirkende kraft.⁷⁴

Når det gjelder selve vurderingen om en pasient skal gis innsyn, er det i lovens forarbeider uttalt at det skal svært meget til for at innsyn skal nektes. Denne uttalelsen i forarbeidene må være styrende for vurderingen. Et moment som kan vektlegges i vurderingen om pasienten ikke skal ha innsyn, er den konkrete situasjonen på innsynstidspunktet.

5.6.6 Avgjørelse - nektelse av innsyn

I praksis er det en sak som gjelder spørsmålet om pasienten kan nektes innsyn. Innsyn ble her nektet fordi det ble hevdet at en legeerklæring fra trygdeetaten som var en del av journalen, skulle unntas fra innsynsretten.

Argumentet som ble fremmet for at innsyn skulle nektes, var at legen hadde krysset av for at den ikke måtte leses av pasienten. I henhold til fvl. § 19 kunne legeerklæringen unntas på et slikt grunnlag. Spørsmålet i saken var for det førstehvilket regelgrunnlag som skulle legges til grunn ved avgjørelsen av tvisten. Fylkeslegen valgte å avgjøre

⁷⁴ Kommentarutgaven, s.233

tvisten på grunnlag av prl § 5-1. I sin begrunnelse for om innsyn kunne gis, ble unntaket ”klart utilrådelig” drøftet. Fylkeslegen kom frem til at innsyn kunne gis, da det ikke var ”klart utilrådelig”.

5.6.6.1 Vurdering

Fylkeslegens anvendelse av prl § 5-1 ved avgjørelsen av spørsmålet er i denne saken korrekt anvendelse av juridisk metode, da lex specialis prinsippet fastsetter at den mer spesielle reglen skal gå foran den generelle.

I begrunnelsen for avgjørelsen uttaler fylkeslegen: ”Så strengt som lovgivningen legger opp til at unntakene for innsyn skal tolkes, mener vi at det ikke er hjemmel for å holde brevet unna”. Av uttalelsen kan det slutes at både lovens ordlyd og forarbeidene trekkes inn for å begrunne avgjørelsen. Til tross for at det kan slutes at fylkeslegen begrunner sin avgjørelse på bakgrunn av lovens ordlyd og formål, er det ikke klart uttrykt. En slik anvendelse av den juridiske metoden skaper en viss grad av tilsløring av resonnementet/begrunnelsen. Hensynet til klageren trekker sterkt i retning av at fylkeslegen bør si klart fra hvilke rettslige argumenter han bygger på.

5.6.7 Unntaket - kan representant ha rett til innsyn?

Hvor pasienten har blitt nektet innsyn har andre fått rett til å ivareta pasientens tarv. I prl § 5-1 tredje ledd heter det: ”En representant for pasienten har rett til innsyn i opplysninger som pasienten nektes innsyn i, med mindre representanten anses uskikket for dette. En lege eller advokat kan ikke nektes innsyn, med mindre særlige grunner taler for dette.”

Ordlyden er klar. Hvis pasienten er nektet innsyn, kan en representant få det. Innsynet kan dog nektes hvis representanten ”anses uskikket for dette”. Hva som språklig ligger i uttrykket ”uskikket” kan sees i forhold til årsaker som begrenser pasientens rett til innsyn, der f. eks representanten kan betraktes som pasientens forlengede arm. Det skal med andre ord meget til for at en representant ikke skal få innsyn.

Når det gjelder lege eller advokat, kan det av ”særlige grunner” nektes innsyn. Et eksempel der unntaket kan komme til anvendelse er ved nære forbindelser eller slektskap mellom legen – pasienten eller advokaten – klienten.

5.6.8 Andres rett til innsyn

I bestemmelsens fjerde ledd reguleres andres rett til informasjon: ”Reglene i § 3-3 og § 3-4 om andres rett til informasjon, gjelder tilsvarende for innsyn i journal”.

I § 3-3 reguleres informasjon til pasientens nærmeste pårørende. I henhold til ordlyden er hovedreglen at informasjon til pårørende, gis ved samtykke fra pasienten. Fra denne hovedreglen oppstilles det et unntak når pasienten ”åpenbart ikke kan ivareta sine interesse på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens, eller psykisk utviklingshemming”.

§ 3-4 gir foreldre eller andre med forelderansvaret full rett til informasjon når pasienten er mindreårig. Fra hovedreglen oppstilles det unntak når pasienten er mellom 12 og 16 år. Da ”skal opplysninger ikke gis foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respektere, ikke ønsker det.” Eksempler på ”grunner som

må respektere”, kan være mishandlingssaker. Også råd om seksualitet og prevensjon må kunne gis uten å informere foreldrene.

§ 3-4 andre ledd innebærer at helsepersonell som hovedregel har taushetsplikt overfor foreldre der barnet er over 16 år. Tilfeller der helsepersonell ikke kan unnlate å informere foreldrene er f.eks. ved bruk av ulovlige rusmidler.⁷⁵

I § 3-4 tredje ledd er det imidlertid et unntak fra denne hovedreglen: ”Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal likevel gis foreldre eller andre med foreldreansvaret når pasienten er under 18 år.” Denne reglen er gitt for at foreldre kan følge opp sine plikter knyttet til foreldreansvaret. F.eks. må foreldre få opplysninger om hvor barnet befinner seg, om eventuell selvmordsfare eller annen alvorlig psykisk eller fysisk lidelse o.l.⁷⁶

I lys av hva som er skrevet ovenfor, ønsker jeg å presisere at informasjonsplikten ikke nødvendigvis innebærer full innsynsrett. I kommentarutgaven uttrykkes dette på følgende måte: ”Informasjonsplikten innebærer ikke nødvendigvis en full redegjørelse

⁷⁵ Kommentarutgaven s. 167.

⁷⁶ Kommentarutgaven s. 168.

for den generelle helsetilstanden, hvilke undersøkelser som er foretatt mv.. Om slik informasjon skal gis må vurderes konkret i det enkelte tilfellet”.

5.6.9 Avgjørelse - andres rett til informasjon

I praksis er det en sak som relaterer seg til spørsmålet om andres rett til informasjon. En mor uten daglig omsorg, men foreldreansvar, fremmet krav om å få innsyn i journalen til sønnen.

Fylkeslegen avgjorde saken på grunnlag av § 5- 1 fjerde ledd. Jf. § 3-4 første ledd. Dette i samsvar med at foreldre har full samtykke kompetanse, på vegne av barn under 16 år, og ordlyden i § 3-4 første ledd: ”Er pasienten under 16 år, skal både pasienten og foreldre og andre med forelderansvaret informeres”.

Fylkeslegen konkluderte med at moren hadde rett til innsyn i journalen.

5.6.9.1 Vurdering

Det kan reises spørsmål om hvorfor fylkeslegen i denne saken ikke drøftet unntaket fra hovedregelen. Svaret er antakeligvis barnets alder. Forutsatt at barnet var mellom 12- 18 år skulle unntaket vært drøftet.

5.6.10 Innsyn i journalen etter pasientens død

I § 5-1 siste ledd heter det: ”Nærmeste pårørende har rett til innsyn i journal etter en pasients død, om ikke særlige grunner taler mot dette”. Hensynet bak denne reglen er at etterlatte skal kunne ivareta sine interesser mht. krav om forsikring, erstatning mv.⁷⁷

Nærmeste pårørende har rett til innsyn, se § 1-3 bokstav b. For forståelse av hvem som omfattes av ”nærmeste pårørende”, se pkt.3.2.1.

I teorien går det frem at § 5-1. 5 ledd må sees i sammenheng med helsepersonelloven § 24, hvor det er gitt særlige bestemmelser om formidling av taushetsbelagte opplysninger etter en persons død.⁷⁸ Helpl § 24. 2. ledd tilsvarende prl § 5-1. 5. ledd. I begge bestemmelsene gis det rett til innsyn med mindre ”særlige grunner” tilsier noe annet. Ordvalget ”særlige grunner”, viser at unntaket skal tolkes snevert.

⁷⁷ Kommentartutgaven s 235.

⁷⁸ Kommentartutgaven s.225.

En snever tolkning underbygges også av uttalelsen i forarbeidene⁷⁹: ”Særlige grunner kan være opplysninger pasienten har gitt uttrykk for at det ikke skal gis innsyn for pårørende i, eller opplysninger det er grunn til å anta at pasienten hadde motsatt seg at nærmeste pårørende fikk kjennskap til, f.eks. opplysninger som kan ha vært svært støtende for de pårørende”. I forarbeidene gis det også uttrykk for at hensyn til avdødes formodede vilje, hva opplysningene gjelder, de pårørende og samfunnets interesser, skal vektlegges ved avgjørelsen om det skal gis innsyn.

5.6.11 Avgjørelse - nærmeste pårørende

I praksis er det fremmet flere saker på grunnlag av prl § 5-. 5. ledd. En av sakene gjelder en tidligere testamentsarving sitt krav om komplett kopi av journal og lignende.

Årsaken til at anmodning etter § 7-1 ble avslått var at andre personer enn den tidligere testamentarvingen stod oppgitt som pårørende.

Fylkeslegen baserer sin vurdering på § 5-1. 5. ledd. Han uttaler følgende: ”slik fylkeslegen forstår saken faller den tidligere testamentarvingen ikke inn under gruppen som er nevnt i pasientrettighetsloven § 1-3. Fylkeslegen har på dette grunnlag kommet

⁷⁹ Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 73.

til at det ikke er hjemmel for å gi innsyn i journalen etter prl § 5-1. 5. ledd og fylkeslegen kan således ikke gi tilsynslegen pålegg om å gi innsyn i journalen”

5.6.12 Vurdering

Utgangspunktet for fylkeslegens vurdering er lovens ordlyd. Dette er i samsvar med alminnelig anvendelse av juridisk metode. I sin vurdering foretar ikke fylkeslegen en drøftelse, men kun en konstatering av at klager ikke er nærmeste pårørende og ikke faller inn under gruppen som er nevnt i prl § 1-3.

Manglende drøftelse/ presisering av innholdet i prl § 1-3 fører etter mitt skjønn til at avgjørelsen mangler en fullstendig begrunnelse, se fvl § 25. På bakgrunn av hva som er nevnt ovenfor er virkningen at klageretten blir utvannet, da klager ikke fikk vite hvorfor utfallet i saken ble som det ble.

6 Vurdering

6.1 Innledning

Kapittel 6, vil ikke gi en uttømmende fremstilling av årsakssammenhenger og virkninger av å klage til fylkeslegen. På den annen side tror jeg de årsakene og virkningene som drøftes, er ”nøkler” i et forsøk på å besvare oppgavens problemstilling.

6.2 Antall klager

Antallet klagesaker etter prl kap. 7 i 2002 var 33 stykker, se pkt 4.2. Sett i lys av helsetjenestens omfang er dette få saker, noe som kan tyde på at pasientrettighetsloven ikke fungerer slik den var tenkt. Dette kan indikere at prl ikke fungerer slik den var tenkt. En konsekvens kan være at hensynene bak klagereglene ikke realiseres.

Hensynene er hovedsaklig at pasienter skal få ivaretatt sine rettigheter og rettssikkerheten.⁸⁰ Et annet moment er at klager kan ha en preventiv effekt og være et viktig erfaringsgrunnlag for helsevesenet.

6.3 Hvorfor er antall klager så få?

6.3.1 Er "pasientrollen" årsaken til få klager?

En grunn kan være at muligheten til å fremsette en klage ikke oppleves som reell. Pasientrollen er i en særstilling. Terskelen for å kritisere er høy, på grunn av at redsel for negative reaksjoner og eventuelle sanksjoner fra behandler.⁸¹ Dessuten anses klienter innenfor helse - og sosialsektoren som ressursvake. Foruten det nevnte er det ikke tradisjon for å uttrykke misnøye gjennom å påklage vedtak.⁸²

6.3.2 Trenger pasientene informasjon?

En annen årsak kan være at pasientene verken kjenner til rettighetene eller klagemulighetene etter pasientrettighetsloven. En rundspørring til landets fylkesleger

⁸⁰ Ot. prp. nr.12 (1998-1999) s.79.

⁸¹ Molven, Helse og jus.

⁸² Kommentartutgaven s. 260.

vedrørende klagesaker etter pasientrettighetsloven i 2001 tyder på at pasientene verken kjenner sine rettigheter eller klagemuligheter.⁸³ Resultatet av rundspørringen var at det bare var registrert enkelte saker etter prl kap 2. Mange brukte fylkeslegekontorene for å bli orientert om hva disse bestemmelsene kunne innebære, blant annet om innholdet i retten til fritt sykehusvalg, og hvordan man skal gå frem i praksis. Henvendelsene hadde større preg av svikt på informasjon, enn egentlig manglende oppfylling av rettskrav på tjenester⁸⁴

Undersøkelsen i 2001. I tillegg til undersøkelsen fra 2001 mener jeg at praksis fra 2002 forsterker bildet av svikt på informasjon. Dette hevder jeg med basis i antall klager og rettighetene som ble fremmet/påberopt i 2002. Antallet klager var, som nevnt, bare 33. Rettighetene som ble påberopt var seks stykker, se pkt. 4.2. Totalt er det 23 rettigheter som kan påklages til fylkeslegen, se prl § 7-1

6.3.3 Misnøyen, løses på lavere nivå?

På den annen side kan få klager være en indikasjon på at misnøyen blir løst på lavest mulig nivå. Med lavest mulig nivå mener jeg at prl § 7-1 blir anvendt til å løse

⁸³ Norsk lovkommentar, s.3199

⁸⁴ Norsk lovkommentar, s. 3199.

misnøyen. Prl § 7-1 tjener i tilfelle etter sin hensikt, til en uformell og ubyråkratisk konfliktløsning. Slik kan misnøye løses før den uttrykkes i en klage.

Dette kan igjen indikere at pasientombudene fungere slik de er tenkt. Nemlig at ombudsordningen bidrar til pasientens mulighet til å få oppfylt rettigheter etter pasientrettighetsloven, se prl § 8-1: ”pasientombudet skal arbeide for å ivareta pasientens behov, interesser og rettsikkerhet overfor helsetjenesten, og for å bedre kvaliteten i helsetjenesten”.

At flest saker løses ved hjelp av ombudene, kan forklares på bakgrunn av flere faktorer. For det første er ordningen kjent, den har fungert i nærmere 20 år. Det at ombudene er kjent, gjør det igjen lettere for pasienter å henvende seg. Det at de av lovgiver har ilagt ombudene formell ”myndighet”, fører nok til at behandlere anser dem som en naturlig part, der konflikter skal løses, se prl kap. 8

Foruten ombudene kan en annen faktor være en endring i behandler - pasientforholdet. Innen helsevesenet er det en tydelig tendens til at det paternalistiske prinsipp fravikes, dvs. at legen innretter seg mer etter pasientens ønsker. Rettsutviklingen vedrørende leger som volder skade er et klart eksempel.⁸⁵

⁸⁵ Kjønstad, Pasientrettighetenes framvekst, s.216 flg.

Jeg vil også nevne en annen årsak som kan ha sammenheng med at internkontrollen i spesialisthelsetjenesten fungerer bedre.

Gode klageordninger vil aldri fullt ut kompensere for viktigheten av et korrekt førsteinstansvedtak. På den andre siden vil slike klageordninger ha preventiv effekt ved førsteinstans saksbehandlingsavgjørelser. Forvaltningens viten, om vedtak kan påklages og omgjøres, vil i seg selv øke bevisstheten om etterlevelse av det lovfaste regelverk.⁸⁶

6.3.4 Er tidsfristene for å fremsette klagen for kort?

I del 3 pkt 3.3 redegjorde jeg for tidsfristene for når en klage/anmodning kan fremsettes. Tidsfristene i pasientrettighetsloven gjenspeiler forvaltningslovens tidsfrister. Det er en forskjell mellom de som fremsetter en klage etter pasientrettighetsloven og forvaltningsloven. Forskjellen er livssituasjonen pasienten/klageberettigede befinner seg i. Med forskjell i livssituasjonen sikter jeg til at pasienten som regel er den som er syk. Dessuten er selve klagesubjektet forskjellig.

Jeg forutsetter videre at disse forskjellene fører til at terskelen for å klage er høyere etter pasientrettighetsloven enn etter forvaltningsloven. Forutsatt at tersklene høyere vil tiden pasienten har til å områ seg fremstå som kortere enn den vil gjøre i en annen situasjon

⁸⁶ Kjønsstad, Velferdsrett II, s.144.

Riktignok er det et unntak i prl fra hovedreglen om tidsfrister, se prl § 7-6 jf. fvl § 31. I henhold til unntaket kan fylkeslegen ta klagen under behandling såfremt pasienten eller dens representant ikke kan lastes for å ha oversittet fristen, eller det av særlige grunner er rimelig at klagen blir prøvet.

Av hva som er nevnt ovenfor, kan det se ut til at unntaket fra tidsfristen taler i mot at terskelen for å klage er høyere etter pasientrettighetsloven enn etter forvaltningsloven. Allikevel vil jeg hevde at terskelen er høyere for pasienter. Dette på grunn av to forhold. For det første er ikke unntaket eksplisitt uttrykt i pasientrettighetsloven. Siden unntaket ikke går direkte frem av fristreglen i prl § 7- 5 er nok reglen vanskelig tilgjengelig. Det at regelen er vanskelig tilgjengelig, vil nok føre til at flere unnlater å klage.

Et annet forhold er ordlyden i unntaket. Ordlyden sier uttrykkelig at regelen er en kan-regel. Med andre ord det er ikke sikkert at klager får oppreisning. Dette kan igjen føre til at klager synes det både er tungvint og usikkert å påberope seg unntaket.

På den annen side vil nok fylkeslegens veiledningsplikt kunne avhjelpe dette.

I praksis derimot er det ingen saker som har blitt fremmet på grunnlag av fvl § 31.

I henhold til hva som er uttalt her, er det naturlig å slutte at reglen prl § 7-5 oppstiller en kort tidsfrist. At fristen er kort må sees i relasjon til at unntaksreglen ikke har blitt påberopt i praksis.

6.4 Hvem klager?

I oppgavens tredje del pkt. 3.2.1 fastsatte jeg hvem som kan sette frem en klage overfor fylkeslegen. Det var tre ”parter”1. Pasienten 2. Representanter 3. andre

I de fleste sakene er det en representant for pasienten som fremsetter klagen, 42,3 %. Representanten er i de aller fleste sakene en såkalt nær representant 30,3 %.

Disse resultatene var annerledes enn jeg trodde i forkant av undersøkelsen. Jeg antok at det var pasienten selv som ville fremsatt de fleste klagene.

Det er en sakstype som skiller seg fra de andre, vedrørende hvem som klager og hvem som bistår klager. Dette er saker vedrørende innsyn i avdødes journal. Av det totale antall saker i 2002 utgjorde disse sakene 18,2 %. Av disse sakene benyttet klager seg av advokat i 50 % av sakene. Til sammenlikning var det kun 9 % klagere som benyttet seg av advokat i de andre sakene.

Grunnen til at innsyn i avdødes journal står i en særstilling, kan ha sin årsak i at disse sakene kan sees i en annen sammenheng enn de andre pasientrettighetene. Sakene er for det meste testament- arve saker. Rettsområdet er dermed et typisk advokat område.

Et annet moment for at det benyttes advokat i disse sakene, er; i utgangspunktet er at det ikke er penger å tjene ved å fremsette klager til fylkeslegen. Tross alt driver advokater butikk.

Det er 18,2 % klageberettigede som benytter seg av fullmektig. I gruppen ”fullmektiger” hadde jeg, en forventning om at pasientombudene skulle være sterkt representert. Dette på bakgrunn av det lovoppstilte formålet til ombudene i prl § 8-1. I praksis viste seg at min forventning ikke stemte. Kun 6 % benytte seg av pasientombudene.

Som allerede uttalt, kan dette trekke i retning av at ombudsordningen er effektiv(løser konflikter på lavest mulig nivå.) Selv om dette hadde vært mest ønskelig kan det og være slik at pasientombudene verken evner eller opplever det som sin oppgave å bistå ved klagesaker til fylkeslegen. Dessuten har ombudene liten formell makt, noe som gjør at pasientene kanskje ikke finner det naturlig å henvende seg til dem i klagesaker.

I de tilfellene hvor pasienten selv fremsetter klagen kan en sentral årsak være at rettigheten er kjent/ godt innarbeidet både for pasienter og behandlere. Eksempelvis retten til innsyn i journal som ble påberopt i hele 42,42 %, se Sykejournaldommen, Rt 1977 s. 1035 som denne rettigheten er en videreføring av.

Kjennskap til rettigheten fører kanskje til at det fremstår som mindre kontroversielt å påberope seg denne.

Det utleverte materialet gir ikke grunnlag for å si noe om hvilken persongruppe som fremsetter klager. Dette fordi denne type opplysninger er sladdet. Derimot har jeg mottatt en uttalelse fra Statens helsetilsyn vedrørende dette spørsmålet.

I følge dem er det overvekt av kvinner som klager. Det fremgår videre av uttalelsen at det er pårørende som i de fleste tilfellene klager på vegne av pasienten, og der er det kvinner (spesielt døtre) som utgjør den absolutte majoriteten.

Hvorfor flest kvinner klager på vegne av pasienten, kan nok ha sammenheng med at kvinner tradisjonelt sett er omsorgspersoner. Det å ta ansvar for noen som er svake vil derfor kunne være mer naturlig for en kvinne. En annen forklaring kan være at kvinner hyppigst benytter lege og dermed oftest vil oppleve manglende oppfyllelse av rettigheter. Det at de oftere er i kontakt med helsetjenesten fører nok til at det er flere kvinner er oppmerksom på pasientrettigheter.

6.5 Resultatet av klagebehandlingen

6.5.1 Innledning

På bakgrunn av hva som ble uttalt om fylkeslegens kompetanse i pkt 2.2.2, var det slående at fylkeslegen i hele 15,15 % av klagene, ikke tok stilling til sakens realitet. I det følgende vil jeg gi en fortløpende vurdering av resultatene som ble presentert i del 4.

6.5.2 Ikke medhold

Av det totale antall saker, var det 36,36 % som ikke fikk medhold. Årsakene til avslagene er vanskelig å begrunne. Fritt sykehusvalg og rett til nødvendig helsehjelp har fått hyppigst avslag. Jeg vil derfor knytte noen kommentarer til disse rettighetene. Alle sakene som gjaldt fritt sykehusvalg endte med avslag og de fleste som gjaldt retten til nødvendig helsehjelp.

Rettigheten fritt sykehusvalg, er en ny rettighet. At rettigheten er ny og dermed lite kjent, kan være en forklaring på hvorfor klager fremsatt på grunnlag av § 2-4, ikke fikk medhold. I denne sammenheng kan deler av forklaringen være at fylkeslegen er usikker på hvordan rettigheten skal forstås, da han ikke kan se hen til tidligere praksis.

Når det gjelder rett til nødvendig helsehjelp, tror jeg årsaken til at klager i disse sakene fikk avslag, var at de alle klagene gjaldt psykiatrisk behandling. Det er kjent at psykiatrien har vært et område innenfor helsevesenet, som har manglet ressurser. Sett i lys av forholdene innen psykiatrien, kan det antas at fylkeslegen praktiserer en streng lovtolking.

6.5.3 Medhold

Karakteristisk for klagene som har fått medhold er at de fleste gjelder rett til journalinnsyn. Hvorfor det er journalsakene som oftest får medhold, kan ha sin årsak i at disse rettighetene er eldre rettigheter. Pasienten, helsepersonell og fylkeslegen er nok derfor kjent med innholdet i disse.

6.5.4 Ikke truffet realitetsavgjørelse

Det er særlig i forhold til retten til individuell plan at fylkeslegen har valgt ikke å treffe realitetsavgjørelser. Det karakteristisk med disse ”avgjørelsene” er at fylkeslegen har innhentet opplysninger fra kommunen. I henhold til kommunens opplysninger er kommunen klar over at de skal utarbeide individuell plan.

På bakgrunn av hva kommunen uttrykker, heter det i fylkeslegens avgjørelser bl.a. ”at det forutsettes at kommunen igangsetter nødvendig tiltak i forhold til familien... sakens anses etter ovennevnte henvendelse å være avsluttet ved vårt kontor”.

En liknende ordlyd har fylkeslegen valgt å benytte i alle de andre sakene han ikke har truffet realitetsavgjørelse.

Det er på det rene at fylkeslegen i henhold til gjeldende rett ikke kan velge å ikke treffe realitetsavgjørelse i en sak. Siden han i praksis velger å gjøre dette, kan det stilles spørsmål om grunnlaget.

Det første som slår meg er at denne løsningsmåten kan kalles ”bakromsjuss”.

Årsaken til at han velger å gå utenom regelverket kan være forankret i ulike hensyn. Et hensyn kan være at byråkratisering av hver enkelt sak fører til at det tar lenger tid å behandle saken. Ved at regelverket ikke følges slavisk, vil pasienten få avgjort saken raskere og fylkeslegen får frigjort ressurser.

En annen side er at en slavisk etterfølgelse av regelverket vil kunne føre til at mellom - menneskelige løsninger kommer i bakgrunnen. Hensynet til godt samarbeid med dem som yter helsehjelp, f.eks de som utarbeider individuell plan kan tilsi en mellom - menneskelig løsning. Ved at man velger dialog fremfor å fatte et vedtak kan medføre et langt bedre resultatet. Dette fordi kommunikasjon mellom partene er en forutsetning i det videre samarbeidet i mellom dem.

Årsaken til ”bakromsjussen” kan ha sammenheng med hvordan fylkeslegen løste saker tidligere. Tidligere var det vanlig at fylkeslegen innkalte partene til en samtale for så å forsøke å løse tvisten. Med økt saksmengde og et nytt regelverk er denne måten å løse saker på blitt endret. På den annen side kan nettopp det at fylkeslegen ikke treffer realitetsvedtak i 15,5 % av sakene, være en levning fra tidligere praksis.

Hittil har jeg forsøkt å gi forklaringer på hvorfor fylkeslegen ikke har truffet realitetsvedtak. I utgangspunktet kan det fremstå som uproblematisk at fylkeslegen foretar egne vurderinger og tolkninger av hvordan hans kompetanse skal utøves, såfremt det er til det beste for pasienten. På den annen side, avvik fra hvordan forvaltningsklager skal behandles, vil i utgangspunktet svekke individvernet bli. Dette taler for at fylkeslegen bør forholde seg til gjeldende rett. Er det behov for mer fleksible løsninger, vil det være lovgivers oppgave å forandre regelverket. Imidlertid kan fylkeslegens praksis være med på å sette spørsmålet på lovgivers agenda.

6.6 Hvilke helsepersonell er "part"?

I oppgavens del 3 pkt. 3.3 ble det fastsatt at det er den som yter helsehjelp som er "part" i en klagesak." Part "på individplan, nærmere definert i helsepersonelloven § 3 jf. §§ 48 og 49. I henhold til §§ 48 og 49 er det mange grupper helsepersonell. For eksempel kiropraktorer, farmasøyter, leger og tannleger.

Siden gruppen helsepersonell omfatter mange ulike helsefag ble jeg forbauset over at det kun var leger som var part i klagesakene fra 2002, se pkt. 4.5. Årsaker til dette kan være knyttet til at det er tradisjon å pulverisere ansvaret oppover. I uttrykket "pulverisere oppover" forstår jeg at sjefen har både hovedansvaret og tar støyten hvis noe går galt. Tradisjonelt innen norsk helsevesen har legen innehatt sjefsrollen. En annen måte å uttrykke dette er at det paternalistiske prinsipp har rådet og fremdeles råder. For å eksemplifisere hva jeg mener med "legen som sjef", velger jeg å illustrere hvordan kontakt blir opprettet mellom pasient og fysioterapeut/kiiropraktor. Forutsatt at pasienten skal få refundert utgiftene fra trygdekontoret, må han få rekvirert behandlingen av lege.

Legen er initiativtaker til pasientens videre behandling. Dette til tross for at han ikke har den nødvendige kunnskapen rundt hvilken type behandling som er mest effektiv.

I praksis vil dette si at fysioterapeuter/kiiropraktorer blir fratatt noe av behandleransvaret. Etter avsluttet behandling understrekes legens rolle som sjef ytterligere, da journalen må oversendes legen.

Slik jeg ser det, vil andre helsearbeidere være psykologisk nærmere pasienten enn legen. De er jo også avhengig av han, slik som pasienten er det.

Et annet moment som forklarer at det kun er leger som var part i klagesakene, er forskjellen i behandlingsform. Legen rekvirerer for eksempel undersøkelser og behandling. Derfor vil hans rolle ofte ikke innebære samme direkte kontakt med pasienten som det en fysioterapeut/kiiropraktor får.

6.7 Hvilke virksomheter er "part"?

Sykehus, kommunen og sykehjem var virksomhetene klager mente ikke oppfylte "helsehjelpen", i 2002, se pkt. 4.6. Sett i lys av drøftelsen i pkt. 6.6 synes jeg det er forståelig at sykehus og sykehjem var innklagd i hele 42,33 % av det totale antall saker. Dette fordi legen i disse virksomhetene, innehar "sjefs rollen".

Påfallende var det heller ikke at kommunen var "part" i 24,24 % av klagene, se drøftelsen i pkt. 5.4. om retten til individuell plan.

6.8 Fordelingen - ulike fylkeslegekontor

I pkt. 4.7 ble det fastslått at klagene var nær jevnt fordelt på de ulike fylkeslegekontorene. Oslo skilte seg derimot ut med færrest klager. Sett i lys av regionens folketall er dette merkelig. Forklaringene på resultatet kan på den ene siden ha sammenheng med et eventuelt avvik i mottatte klager, se pkt. 1.3. På den andre siden kan det være at befolkningen benytter seg av andre kanaler for å få sine rettigheter oppfylt. For eksempel pasientombudene eller Norsk pasient forening.

6.9 Konklusjon

Målet med pasientrettighetsloven, var først og fremst at den skulle styrke pasientenes rettstilling. Hovedspørsmålet i denne oppgaven var om det nå ble slik.

"Svaret" i oppgaven er ikke entydig. Entydig kan svaret heller ikke bli, da avgjørelsene er få og antakelsene derfor preges av svakhet. På den annen side gir oppgaven visse indikasjoner på om pasientrettighetslovens mål er oppfylt. Indikasjonene som er forsøkt gitt, relaterer seg for det første til fylkeslegens avgjørelser.

Avgjørelsene indikerer at det er en tendens til at fylkeslegen utøver ”bakromsjuss”. ”Bakromsjussen” relaterer seg både til manglende begrunnelse og manglende realitets vedtak.

Gjeldene rett og statistikken i oppgaven, indikerer årsakene til det lave antallet klager. Det oppgaven mest av alt viser, er at regler og det virkelige liv ikke går ”hånd i hånd”. Dette hevdes på bakgrunn av det overordnede målet med klageadgangen ikke nås(les: helsevesenets forbedringspotensial), når antall klager er få og at fylkeslegen utøver ”bakromsjuss”.

7 Litteraturliste

Boe, Erik. Innføring i juss: *Statsrett og forvaltningsrett*, Oslo, 1996

Kjellvold, Alice: *Retten til individuell plan*, Bergen 2002

Kjønstad, Asbjørn: *Kompendium i helserett*, Oslo 2003

Kjønstad, Asbjørn: *Velferdsrett II*, Asbjørn Kjønstad og Aslak Syse 2. utg., Oslo 2003

Kjønstad, Asbjørn: *Medisinske feil i erstatningsrettslig og helserettslig perspektiv*, s. 59 flg., Medisinske feil, Aslak Syse, Reidun Førde og Olav Helge Førde (red.), Oslo 2000

Kjønstad, Asbjørn: *Pasientrettighetenes framvekst*, s. 189 flg., Kjønstad Asbjørn og Syse Aslak (red.), Helseprioriteringer og pasientrettigheter, Oslo 1992

Molven, Olav: *Helse og jus*, 4. utg., Oslo 2002

Syse, Aslak: *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, Oslo 2001

Syse, Aslak: *Pasientrettighetsloven*, Lødrup Peter, Norsk lovkommentar, Knut Kaasen og Steinar Tjomsland, 4. utg., Oslo 2002

Tilsynsmelding 2002, Helsetilsynet

