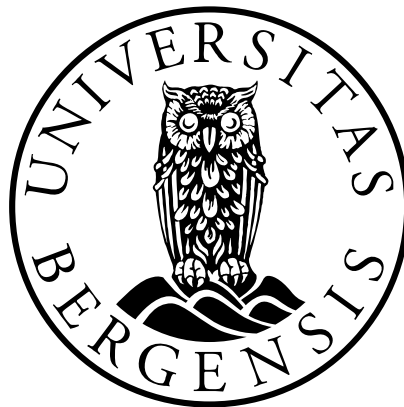


# **Den rettslege reguleringa av næraste pårandeinvolvering ved yting av helsehjelp**

**Kandidatnummer: 175846**

**Rettleiar: Bjørn Henning Østenstad**

**Ord: 14825**



**JUS399 Masteroppgåve**

**UNIVERSITETET I BERGEN**

**31. mai 2014**

# Innholdsliste

<b>1. INNLEIING</b> .....	<b>4</b>
1.1 EMNE OG PROBLEMSTILLING.....	4
1.2 AVGRENSING.....	5
1.3 RETTSKJELDENE.....	5
1.4 VEGEN VIDARE .....	7
<b>2. OMGREPSAVKLARING</b> .....	<b>7</b>
2.1 PASIENTEN.....	7
2.2 KVEN ER ”NÆRMESTE PÅRØRENDE”? .....	8
2.2.1 Særleg om sambuarskap.....	9
2.2.2 Framtidsfullmektig.....	9
2.2.3 Pasientar under tvungent psykisk helsevern.....	10
2.2.4 Ein eller fleire næraste pårørande?.....	11
2.3 SAMTYKKEKOMPETANSE.....	11
<b>3. UTVIKLINGSTREKK</b> .....	<b>12</b>
<b>4. GRUNNLEGGJANDE VERDIAR I HELSERETT</b> .....	<b>15</b>
4.1 INNLEIING.....	15
4.2 RETTSSIKKERHEIT .....	15
4.2.1 Prosessuell rettssikkerheit.....	15
4.2.2 Materiell rettssikkerheit .....	16
4.3 FORSVARLEG.....	18
<b>5. REELLE OMSYN VED PÅRØRANDEINVOLVERING</b> .....	<b>19</b>
<b>6. KVA RETTAR HAR NÆRASTE PÅRØRANDE?</b> .....	<b>20</b>
6.1 INNLEIING.....	20
6.2 RETTEN TIL INFORMASJON .....	21
6.2.1 Utgangspunkt.....	21
6.2.2 Unntak 1: Ved samtykke frå pasienten .....	22
6.2.3 Unntak 2: ”Forholdene tilsier det” .....	23
6.2.4 Unntak 3: Pasienten er ”over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser” .....	24
6.2.5 Unntak 4: Dersom pasienten ”dør og utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko”. .....	25
6.2.6 Unntak 5: Pasienten er mindreårig .....	25
6.2.7 Informasjonens form.....	26
6.2.8 Særleg om journalinnsyn .....	27
6.3 RETTEN TIL Å MEDVERKE .....	28

6.3.1	<i>Utgangspunkt</i> .....	28
6.3.2	<i>Medverknad frå næraste pårørande på vegne av pasienten</i> .....	29
6.3.3	<i>Pårørande sin medverknad i form av deltaking ved gjennomføring av helsehjelp</i> .....	30
6.3.4	<i>Næraste pårørande sin medverknad til individuell plan</i> .....	30
6.3.5	<i>Pårørande som helsepersonellens hjelpar</i> .....	31
6.4	<b>RETTE TIL RETTLEIING OG OPPLÆRING</b> .....	32
6.4.1	<i>Innleiing</i> .....	32
6.4.2	<i>Generell rettleiingsplikt</i> .....	32
6.4.3	<i>Helsepersonellens plikt til opplæring av pårørande</i> .....	33
6.5	<b>INNHEENTE INFORMASJON FRÅ PÅRØRANDE</b> .....	34
6.5.1	<i>Innleiing</i> .....	34
6.5.2	<i>Rett og plikt til å innhente informasjon</i> .....	34
6.6	<b>NÆRASTE PÅRØRANDES RETT TIL TENESTER</b> .....	36
6.6.1	<i>Avlastingstiltak</i> .....	36
6.6.2	<i>Omsorgslønn</i> .....	38
6.6.3	<i>Støtte til pårørande</i> .....	39
6.7	<b>KLAGERETT</b> .....	41
7.	<b>MOTSETNADSFORHOLD MELLOM PASIENT OG NÆRASTE PÅRØRANDE</b> .....	45
8.	<b>VURDERING AV NÆRASTE PÅRØRANDE SINE RETTER</b> .....	47
9.	<b>KJELDER</b> .....	49

# 1. INNLEIING

## 1.1 Emne og problemstilling

Det å stå nært ein person som blir sjuk, reiser gjerne mange spørsmål om kva ein har rett på frå helsetenesta. Kva har til dømes ektefellen til ein alvorleg psykisk sjuk mann rett på av informasjon? Kva har foreldra til ein pleietrengande son rett på av økonomisk støtte? Har borna til ei dement kvinne rett til å klage på manglande helsehjelp på hennar vegne?

Pårørande er personar som står nokon som blir ramma av sjukdom nær. I helselovgevinga er det først og fremst ”nærmeste pårørende”<sup>1</sup> som er gitt rettar og tenester.<sup>2</sup> Oppgåva vil difor ha sitt fokus på næraste pårørande. Ei nærare avklaring av omgrepet blir gitt seinare i oppgåva.

Eit viktig grunnprinsipp på helserettens område er at helsehjelp i utgangspunktet berre kan gjevast etter samtykke frå pasienten. Dette gjeld òg pårørandeinvolvering, men med ein rekkje unntak. Dette vil bli behandla ved fleire høver.

Pårørande kan vere ein viktig ressurs i eit heilskapleg helsetilbod. Med heilskapleg helsetilbod meinast her eit tilbod som varetek pasienten sine samla behov, kor helsehjelp av høg kvalitet gjevast etter godt samarbeid mellom helsepersonell i helsetenesta, og i samspel med pårørande.

Pårøranderettar følgjer av føresegn i fleire ulike lover som det i det følgjande skal forsøkast å gje ein oversikt over. Oppgåva sitt tema er stort og femner mykje. Det er difor ikkje rom for å gå i djupna på alle emna rundt pårørandeinvolvering. Enkelte særlege problemstillingar blir likevel reist og forsøkt avklara.

Oppgåva skal sjå nærare på kva rettslege reguleringar vi har for pårørandeinvolvering i norsk helserett. Hensikta med oppgåva er å avklare næraste pårørande sine rettar som gruppe, for pårørande sin eigen del og som bidragsytar for at pasienten sine rettar blir oppfylt, samt å analysere pårørande si rettsstilling og posisjon i eit heilskapleg helsetilbod.

---

<sup>1</sup> Pasient- og brukarrettslova av 2. juli 1999 nr. 63 (heretter pasrl.) § 1-3 bokstav b

<sup>2</sup> Sjå t.d. pasrl. § 3-1 (3), § 3-3, § 4-6 (2), § 4-9, kapittel 4A, § 5-1 (5). Elles Bøckmann/Kjellebold (2010) s. 51.

## 1.2 Avgrensing

Oppgåva skal ta føre seg rettane til *næraste pårørande*, men er ikkje meint som ei uttømmende utgreiing om pårønderettar.

Vidare vil oppgåva omhandle pasienten sine pårørande, ikkje brukars pårørande. Spørsmålet om å sidestille brukars og pasients rettar har vore tatt opp av lovgjevar blant anna ved lovendring frå 2012. Det vart då lagt til grunn at enkelte av pasient- og brukarrettslova sine føresegn er innretta mot og grunnngjeven ut frå særlege omsyn som gjer seg gjeldande ved yting av helsehjelp, og dermed ikkje kan overførast direkte til situasjonar der brukarar mottok omsorgstenester.<sup>3</sup> Skiljet mellom pasient og brukar vil ikkje bli problematisert ytterligare i denne oppgåva.

Mindreårige born som pårørande blir ikkje omtala. Sjølv om dette er eit interessant emne, då særlege omsyn gjer seg gjeldande når born opplev at til dømes foreldra blir sjuke, er det ikkje rom for dette innafor ramma av denne oppgåva.

Pasientar under tvungent psykisk helsevern blir omtala fleire gonger i oppgåva. Eg har likevel ikkje moglegheit å gå i djupna på særreguleringar her. Det skal derimot sjåast nærare på enkelte konfliktsituasjonar mellom pasient og pårørande sine rettar innafor psykisk helsevern, då det gjerne vil kome meir på spissen her.

## 1.3 Rettskjeldene

Utgangspunktet for oppgåva er rettane til næraste pårørande slik dei kjem til uttrykk i lova. Lovens ordlyd blir tolka ut frå ein naturleg språkleg forståing.

Den viktigaste lova for pårørandeinvolvering er pasient- og brukarrettslova. Denne gjeld for alle som oppheld seg i landet<sup>4</sup>, og kjem til bruk både ved kommunehelseteneste og spesialisthelseteneste. Lova regulerar prosessuelle rettar for pårørande.

Helsepersonellova<sup>5</sup> regulerer helsepersonell sine pliktar og vil såleis vere ei sentral lov i forhold til kva ein kan krevje som pårørande. Det er ikkje konkrete føresegn som er retta mot

---

<sup>3</sup> Sjå Prop. 91 L (2010-2011) s. 359

<sup>4</sup> Jf pasrl. § 1-2

pårørende i lova, men lova oppstiller overordna krav til helsepersonellens yrkesutøving som kan få betydning for pårørende.

Helse- og omsorgstenestelova og spesialisthelsetenestelova<sup>6</sup> rettar seg mot høvesvis mot kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta, og ein finn her nokre føresegn som er av betydning. Same gjeld for psykisk helsevernlova<sup>7</sup> som kjem til bruk ved psykisk helsevern.

Ettersom mykje av lovtekstane på området er vide formuleringar, har førearbeida til lovane vore nyttige for å avklare kva som ligg i dei meir opne føresegna. Førearbeida til pasient- og brukarrettslova, Ot. prp. nr. 12 (1998-1999), har vore av særleg interesse.

Det er lite rettspraksis på området. Dette kan kome delvis av at ein har eigne ordningar for klagesakene i helsevesenet, slik at dei sakene som kjem opp blir løyst i desse offentlege instansane. Delvis kan ein knyte det til at pårørende har andre belastningar slik at det er vanskeleg å finne overskot til å gå til sak, eller økonomisk dekning for å reise sak. I tillegg er rettane knytt til pårørandeinvolvering prega av skjønsmessige føresegn kor det er vanskeleg å slå fast når ein rett er brote. Innhaldet i reglane er i stor grad eit spørsmål om økonomisk og politisk styring,<sup>8</sup> noko som gjer det mindre tydelig når ein kan gå til retten å få ein spørsmål avgjort.

Det er nytta praksis frå avgjersler i Statens helsetilsyn som dømmer i oppgåva. Tilsynet har det overordna faglege tilsynet i helse- og omsorgstenestene i landet, jf helsetilsynslova<sup>9</sup> § 1. Praksis frå tilsynet skal som utgangspunkt brukast som dømmer, men den har likevel ei viss rettskjeldemessig betydning, då tilsynet sit med djupnekunnskap på området. Praksisen vil likevel ikkje vege like tungt som rettspraksis, ettersom domstolane i liten grad ser seg bunden av administrativ praksis, men må få noko meir vekt enn praksis frå ordinære forvaltningsorgan.<sup>10</sup>

---

<sup>5</sup> Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

<sup>6</sup> Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

<sup>7</sup> Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

<sup>8</sup> Bernt (2001) s. 169-170

<sup>9</sup> Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.

<sup>10</sup> Kjøenstad (2013) s. 64

Dersom førearbeid og rettspraksis ikkje kan avklare nærare kva som ligg i lovas ordlyd, kan ein trekkje inn reelle omsyn. Med reelle omsyn meinast at tolkingsresultatet skal vere rimeleg og hensiktsmessig, meir generelt at resultatet skal vere godt.<sup>11</sup> Samanhengen mellom ulike reglar er òg ei side ved dette, som får betydning når lova skal tolkast.

#### **1.4 Veggen vidare**

Her først i oppgåva blir det ei omgrepsavklaring, der det viktigaste omgrepet – næraste pårørande – blir gjennomgått. I tillegg er samtykkekompetanse eit viktig omgrep, og det blir difor avklara kva som ligg i dette. Deretter skal ein sjå kort på utviklingstrekk i pårørandeomsorg, kor det har vore store endringar gjennom tida, før ein ser litt generelt på nokre av dei grunnleggjande verdiane som er særleg viktige på helserettens område. Reelle omsyn knytt til pårørandeinvolvering skal deretter gjennomgåast, før dei konkrete rettane som pårørande har etter gjeldande rett blir presentert. Mot slutten av oppgåva skal ein sjå nærare på motsetnadsforhold mellom pasient og pårørande. Avslutningsvis blir det ei vurdering av den rettslege stillinga til dei næraste pårørande.

## **2. OMGREPSAVKLARING**

### **2.1 Pasienten**

Oppgåva sitt tema er pårørande sine rettar, men desse spring ut frå pasienten sitt behov for helsehjelp. Heilt innleiingsvis skal det difor kort definerast kven som er pasient etter pasient- og brukarrettslova.

”Pasient” er ein person som ber om, blir gjeven eller blir tilbydd ”helsehjelp” frå ”helse- og omsorgstjenesten”, jf § 1-3 bokstav a. Det er etter ordlyden ikkje noko krav om at vedkommande er sjuk eller treng behandling. Med helsehjelp meinast handlingar som har ”forebyggende, diagnostiske, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål” og som blir utført av helsepersonell, jf § 1-3 bokstav c. Kven som er helsepersonell følgjer av helsepersonellova § 3. Det vil seie personell som er autorisert som helsepersonell etter lovas § 48, samt pasienten sjølv og privatpersonar som utfører tenester på

---

<sup>11</sup> Andenæs (1997) s. 66

oppdrag frå helsepersonell, jf helsepersonellova § 5.<sup>12</sup> ”Helse- og omsorgstjenesten” omfattar kommunehelsetenesta, samt spesialisthelsetenesta m. fl., jf § 1-3 bokstav d.

## 2.2 Kven er ”nærmeste pårørende”?

Pasient- og brukarrettslova regulerer kven som er ”nærmeste pårørende” etter helselovgjevinga. Etter § 1-3 bokstav b er det den personen som ”pasienten oppgir som [er] pårørende og nærmeste pårørende”.

Utgangspunktet er altså at det er pasienten sjølv som bestemmer. Dette kan vere ein person med familietilknytning til pasienten, eller ein person utanfor familien, som ein nær ven. Pasientens autonomi står her sterkt.

Dersom pasienten ikkje er i stand til eller ikkje ønskjer å gje opp kven som er næraste pårørende, skal næraste pårørende vere ”den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten”, jf. pasrl. § 1-3 bokstav b andre setning. Det må her gjerast ei konkret vurdering ut frå kven som er mest aktuell og som pasienten sannsynligvis ville ha peikt ut som næraste pårørende.<sup>13</sup>

Regelen oppstiller likevel eit utgangspunkt når det gjeld rekkefølge på kven som skal vere næraste pårørende:

”ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, barn over 18 år, foreldre eller andre med foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området”<sup>14</sup>.

I det følgjande skal pårørndeomgrepet konkretiserast ytterligare ut frå nokre særlege problemstillingar.

---

<sup>12</sup> Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) s. 127

<sup>13</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 22

<sup>14</sup> Pasrl. § 1-3 bokstav b



### 2.2.1 Særleg om sambuarskap

Spørsmålet er kva som ligg i ordlyden ”ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap”.<sup>15</sup> Ordlyden tilseier at ikkje alle sambuarforhold skal reknast med, og at det stillast visse minstekrav til forholdet. I lovførearbeida kom ein til at det var naturleg å likestille sambuarar med ektefellar og registrerte partnerar då desse i mange høve vil stå like nære som desse, og at vedkomande i dei fleste sambuarforhold vil stå nærare enn andre pårørande.<sup>16</sup> Det må likevel stillast krav til ein viss varigheit og etablert forhold. Eit nytt og ustabil sambuarforhold bør ikkje reknast med, og omgrepet ”person som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten” markerer den nødvendige fastleik og varigheit av forholdet.<sup>17</sup>

### 2.2.2 Framtidsfullmektig

Ved innføringa av den nye verjemålslova<sup>18</sup> som vart verksett 1. juli 2013 vart det gjennomført endringar som fekk betydning for pasient- og brukarrettslova. Tidlegare var det verje og *hjelpeverje* som kunne vere næraste pårørande, etter endringane er det no verje og *framtidfullmektig med kompetanse på det personlege området*. Legaldefinisjonen av framtidfullmakt følgjer av verjemålslova § 78:

”fullmakt til en eller flere personer om å representere fullmaktsgiveren etter at fullmaktsgiveren på grunn av sinnslidelse, herunder demens, eller alvorlig svekket helbred ikke lenger er stand til å ivareta sine interesser innen de områdene som omfattes av fullmakten”.

Lovendringa er meint til å fremje individets sjølvbestemmingsrett fordi den enkelte kan bestemme over sin tilvære for framtidige situasjonar der ein ikkje lenger har evna til å vareta eigne interesser.<sup>19</sup> Typetilfellet for ei slik fullmakt vil ifølgje lovførearbeida vere eldre menneskjer som til dømes har ein begynnande demens eller på grunn av alderdom ser at dei i framtida ikkje vil kunne vareta sine interesser.<sup>20</sup>

---

<sup>15</sup> Jf pasrl. § 1-3 bokstav b

<sup>16</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 35

<sup>17</sup> Pasrl. § 1-3 bokstav b og Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 35-36

<sup>18</sup> Lov 26. mars 2010 nr. 9 om vergemål

<sup>19</sup> Ot. prp. nr. 110 (2008-2009) s. 139

<sup>20</sup> NOU 2004:16 s. 300

Lovendringa samsvarer med internasjonal rett på området<sup>21</sup> og er rettsøkonomisk gunstig ettersom ein unngår oppnemning av for mange verjemål.

### **2.2.3 Pasientar under tvungent psykisk helsevern**

For pasientar som er underlagt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst grad har hatt ”varig eller løpende kontakt med pasienten” rettar som næraste pårørande, eventuelt i tillegg til den som pasienten sjølv velgjer, så lenge ikkje ”særlige grunner talar mot dette.”<sup>22</sup> Spørsmålet i det følgjande er kva som ligg til grunn for ei slik særregulering.

Ved etablering av tvungent psykisk helsevern er situasjonen ofte akutt og det vil gjerne ikkje vere særleg praktisk at pasienten sjølv utpeikar næraste pårørande.<sup>23</sup> Ved etableringa er pasienten sett på som for sjuk til å nekte behandling. Det vil då kunne verke rart at pasienten er frisk nok til å velje pårørande. Døme på dette er situasjonar kor pasienten føretek irrasjonelle val på grunn av sjukdommen og peikar på kjende personar utan tilknytning til pasienten eller personar som ikkje ønskjer å vere pårørande.<sup>24</sup> I forhold til somatisk sjukdom vil psykisk sjukdom i større grad kunne påverke val av pårørande grunna sinnforstyrringar, og såleis stille pasienten i ei dårlegare stilling. Regelen er meint å motverke dette.<sup>25</sup>

Samtidig er det viktig òg innafor tvungent psykisk helsevern å vareta pasientens sjølvbestemmingsrett. Den pasienten vel har difor parallelle rettar saman med den som har hatt varig og løpande kontakt med pasienten, så lenge ikkje særlege grunnar talar mot dette.

Når det skal vurderast om det føreligg særlege grunnar som talar mot ei slik ordning, må pasienten si grunngeving tilleggast betydning – det kan her føreligge konfliktsituasjonar eller handling i strid med pasientens beste frå den som har hatt varig og løpande kontakt med pasienten som tilseier at vedkommande ikkje bør representere pasienten lenger.<sup>26</sup> Etter ordlyden skal det likevel ein del til for å suspendere rettane til den som har varig og løpande kontakt med pasienten, jf. ”særlige grunner”.

---

<sup>21</sup> FN konvensjonen 13. desember 2006 om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne artikkel 12

<sup>22</sup> Jf pasrl. § 1-3 bokstav b siste setning.

<sup>23</sup> Ot. prp. nr. 11 (1998-1999) s. 48

<sup>24</sup> Ot. prp. nr. 65 (2005-2006) s. 44

<sup>25</sup> Ot. prp. nr. 65 (2005-2006) s. 43-44

<sup>26</sup> Ot. prp. nr. 65 (2005-2006) s. 92, Bøckmann/Kjellehold (2010) s. 54

#### 2.2.4 Ein eller fleire næraste pårørande?

Som hovudregel er det *ein* person som står som næraste pårørande til pasienten.<sup>27</sup> Det er derimot ikkje noko i vegen for at meir enn ein person kan stå som næraste pårørande, til dømes begge foreldra til eit sjukt barn eller dersom pasienten har fleire myndige barn.<sup>28</sup>

Dette kan likevel by på utfordringar for helsepersonellet. Til dømes er næraste pårørande til eit mindreårig born to skilde foreldre. Her skal begge ha informasjon, men utfordringa for helsepersonell er om begge skal informerast eller om ein kan rekne med at den eine informerer den andre. I eit ressursperspektiv kan ein argumentere for at helsepersonell må kunne stole på at den andre forelderen får informasjon frå den andre, men i praksis er det ikkje alltid slik.

### 2.3 Samtykkekompetanse

Samtykke ligg til grunn for meir enn berre tilgangen til å gje helsehjelp,<sup>29</sup> den dannar i utgangspunktet grunnlaget for pårørandeinvolvering. Samtykkekompetanse er difor eit sentralt omgrep når det gjeld involvering av pårørande. Her innleiingsvis skal den rettslege reguleringa av samtykkekompetansen gjennomgåast.

Kven som har samtykkekompetanse følgjer av pasrl. § 4-3: I utgangspunktet har ”personer over 18 år” samtykkekompetanse, med mindre noko anna føl av § 4-7 eller anna særleg lovføresegn, jf første ledd bokstav a. Føresegna i § 4-7 regulerer personar som er fråtatt rettsleg handleevne på det personlege området etter verjemålslova § 22 (3).

I tillegg har personar mellom 16 og 18 år samtykkekompetanse, med mindre noko anna følgjer av særleg lovføresegn eller tiltakets art, jf § 4-3 (1) bokstav b.

Samtykkekompetansen kan ”bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter”, jf pasrl. § 4-3 (3).

Vilkåret er her at pasienten *openbert* ikkje forstår kva samtykket vil omfatte, og ordlyden tilseier at det er ein høg terskel for at dette er innfridd. Dette støttar lovførearbeida kor det

---

<sup>27</sup> Pasrl. § 1-3 bokstav b, Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) s. 36 og s. 126

<sup>28</sup> Befring (2004): Informasjon til pårørende

<sup>29</sup> Jf bl.a pasrl. § 4-1

heiter at det ”skal med andre ord en del til, jf. ”åpenbart”.<sup>30</sup> Østenstad formulerer det som at personen ”heilt klart” må vere ute av stand til å forstå kva samtykket omfattar.<sup>31</sup>

Når det gjeld formuleringa ”i stand til å forstå hva samtykket omfatter” er det ikkje umiddelbart klart av ordlyden kva som ligg i dette. Etter førearbeida skal forståinga gjelde ”tiltakets art og de nærere implikasjonene av helsehjelpen”.<sup>32</sup>

Som det kjem fram av ordlyden kan samtykkekompetanse bortfalle delvis, til dømes knytt til typen avgjerse.<sup>33</sup> Eit alminneleg prinsipp er at ein stiller strengare krav til gyldig samtykke til sterkare inngrep det er tale om.<sup>34</sup>

Samtykke dannar grunnlaget for pårørandeinvolvering. I enkelte høve er det tilgang til å involvere pårørande utan samtykke, men dette må byggje på eit rettsleg grunnlag. Det er her tale om inngrep i pasienten sin sjølvbestemmingsrett og autonomi, og dette krev heimel i lov, jf legalitetsprinsippet. Vi har fleire slike heimlar, som blir gjennomgått under punkt 6 om konkrete pårøranderettar. Vi kan gjerne her skilje mellom tilfeller der pasienten aktivt motset seg pårørandeinvolvering og tilfeller der pasienten held seg passiv (altså ikkje noko gyldig samtykke, men heller ingen motstand).<sup>35</sup>

### **3. UTVIKLINGSTREKK**

I det følgjande skal det gjerast greie for dei store utviklingslinjene i pårørandeomsorga.

Før utbygginga av velferdsstaten var det familien som hadde hovudansvaret for å yte omsorg ovanfor sine næraste. I dagens helsevesen står prinsippet om at det offentlege skal ha hovudansvaret for pleie og omsorg ovanfor hjelpetrengande sterkt – både gjennom praktisk hjelp og økonomiske støtteordningar. Kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta er ansvarlege for å yte nødvendig helsehjelp til personar som oppheld seg i landet.<sup>36</sup>

---

<sup>30</sup> Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) s. 133

<sup>31</sup> Østenstad (2011) s. 736

<sup>32</sup> Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) s. 133, samt Østenstad (2011) s. 736

<sup>33</sup> Syse (2009) s. 328

<sup>34</sup> Sjå Østenstad (2011) s. 732 og Aasen (2000) s. 272-275

<sup>35</sup> Østenstad (2011) s. 62

<sup>36</sup> Jf pasrl. § 2-1a og § 2-1b

Utbygginga av desse helsetenestene skjedde særleg på 1970- og 80-talet då økonomien i samfunnet var sterkare enn tidlegare. Offentlege organ var ressursmessig sterke, og det var ei sterk auke av helsepersonell med omfattande kunnskap og makt ovanfor pasienten. For å sikre balanse mellom helsepersonell og pasient, vart det eit stort fokus på pasientrettar. Etter andre verdskrig vart det dessutan ei oppvekst av menneskerettar med fokus på individets rett.<sup>37</sup>

Fokuset var i utgangspunktet på pasienten og denne sine rettar. Retten til vern av pasientens personopplysningar er eit fleire tusen år gammalt prinsipp, men vart ikkje lovfesta før ved straffelova av 1902.<sup>38</sup> Legelova av 1980 lovfesta legens teieplikt, og opna for at opplysningar skulle gjevast til pasienten sine pårørande. Dette var ein ny regel.<sup>39</sup>

Utgangspunktet for at opplysningar kunne gjevast var samtykke frå pasienten, jf lovas § 32, jf § 31. Men regelen i § 26 opna for at opplysningar skulle gjevast ”i den utstrekning forholdene tilsier det”, og lovførearbeida slo fast at denne opna ”meget vide rammer for legens skjønn”.<sup>40</sup>

Pasienten vart i legelova av 1980 gitt rett til medverknad etter § 25 (3). Noko tilsvarende rett gjaldt ikkje for pårørande.

Når pasientrettslova vart verksett i 1999 var dette ei kodifisering av tidlegare gjeldande rett.<sup>41</sup> Noreg hadde ikkje noko samla lov som gjaldt pasientrettar før vedtakinga av denne lova.<sup>42</sup> Ein del pasientrettar var derimot nedfelt i særlovgiving.

Pårørande sin rett til informasjon vart vidareført av lova på same grunnlag: samtykke eller at forholda tilseier det. Men som seinare gjennomgang skal vise, oppstiller den nye lova og lovførearbeida noko fastare moment for når pårørande skal informerast. Dette gir signal om at pasienten sine opplysningar har eit noko sterkare vern etter pasientrettslova enn tidlegare lovgjeving.

---

<sup>37</sup> Kjønstad (2013) s. 71

<sup>38</sup> Kjønstad (2013) s. 77

<sup>39</sup> Ot. prp. nr. 1 (1979-1980) s. 234

<sup>40</sup> Ot. prp. nr. 1 (1979-1980) s. 235

<sup>41</sup> Kjønstad (2013) s. 72

<sup>42</sup> Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) s. 21

Pasientrettslova § 3-1 (2) opna for at pårørande kunne medverke til helsehjelp dersom pasienten ikkje var samtykkekompetent. Dette kan sjåast i samanheng med at pårørande i den opphavlege lovteksten var gitt samtykkekompetanse på vegne av pasienten.<sup>43</sup> At helsehjelp skulle gjevast etter samtykke var anerkjend i norsk helserett, men hadde ikkje nokon generell heimel før denne lova.<sup>44</sup> Som vi skal sjå seinare i oppgåva, har det her skjedd ei vidare utvikling når det gjeld kven som kan samtykke på vegne av pasienten.

I dagens samfunn er det helsetenestene som primært yter helsehjelp, noko som aukar behovet for pasient og pårørande sine prosessuelle rettar, som rett til informasjon og medverknad. Tilbod som rett til omsorgslønn og avlastningstiltak er dessutan viktig for å sikre at pårørande kan yte praktisk bistand til pasienten. Tradisjonelt hadde pårørande berre rett på vedtak om slike tiltak, utan at dette sa noko om innhald eller nivået på tilbodet.<sup>45</sup> Det kan argumenterast for at pårørande si stilling her er styrka gjennom rettspraksis og forvaltningsrettslege prinsipp, noko ein kjem nærare tilbake til seinare i oppgåva, særleg under punkt 6.6.<sup>46</sup>

I dei seinare åra med ei stadig aldrande befolkning har det dukka opp nye utfordringar både for helsetenestene og pårørande. Ein står ovanfor samfunnsendingar som endring i familiestruktur (meir skilsmisser) og geografisk nærheit (folk flyttar meir på seg), samt eit aukande tal pleietrengande under 67 år som følge av livsstilssjukdommar og kroniske lidingar. I tillegg er den medisinske forskinga i utvikling slik at fleire overlever akutt sjukdom. Alle desse faktorane vil kunne slå inn ulikt og påverke samarbeidet mellom det offentlege og pårørande.<sup>47</sup>

Dette er utfordringar som framtidens helsetenester står ovanfor, og fordrar ei best mogleg utnytting av dei ressursane vi har tilgjengeleg. Eit tett samarbeid mellom helsetenestene og dei pårørande er difor viktig. For å leggje til rette for eit slik samarbeid er kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande viktig. Samtidig er det viktig at pårørande som yter omsorg til sine nære, blir varetatt, verdsett og anerkjend som ei viktig ressurs. Dei siste åra har fokuset på støtte til pårørande auka, og det er innført ordingar som skal bidra til dette. Dette kjem ein nærare inn på seinare i oppgåva.

---

<sup>43</sup> Jf. dågjeldande pasrl. § 4-6

<sup>44</sup> Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) s. 21-22

<sup>45</sup> Jf. dågjeldande sosialtjenestelova § 4-2 bokstav b og e, og ot.prp. nr. 29 (1990-1991) s. 66-67

<sup>46</sup> Blant anna gjennom Fusa-dommen (Rt. 1990 s. 874), og ei avgrensing av det forvaltningsrettslege skjønnet mot sterkt urimelige avgjersler, sjå nærare om dette siste under punktet om omsorgslønn.

<sup>47</sup> NOU 2011:17 s. 29

## **4. GRUNNLEGGJANDE VERDIAR I HELSERETT**

### **4.1 Innleiing**

Oppgåva har sitt fokus på pårørande sine rettar, men ein skal likevel ikkje gløyme kven som eigentleg er i sentrum, nemleg pasienten. Gjennomgangen her av grunnleggjande verdiar vil difor ha pasienten sine verdiar i botn, fordi pårørande er tenkt å vere ein bidragsytar til at pasienten får varetatt sine verdiar. Undervegs i gjennomgangen vil det bli vist døme der pårørande spelar ei særleg rolle i varetakinga av den konkrete grunnleggjande verdien.

### **4.2 Rettssikkerheit**

Omgrepet rettssikkerheit er sentralt i helseretten, som på mange andre rettsområde. Sjølve omgrepet er vidt og under stadig utvikling og diskusjon, men essensen i det kan seiast å vere eit vern for borgarane mot inngrep i deira rettssfære.

For å forsøke å avklare meir konkret kva som ligg i omgrepet rettssikkerheit, blir det i det følgjande tatt utgangspunkt i Jan Fridthjof Bernts artikkel frå 2001<sup>48</sup>, kor han delar omgrepet i to: prosessuell og materiell rettssikkerheit.

#### **4.2.1 Prosessuell rettssikkerheit**

I følgje Bernt er det ikkje tilstrekkeleg at vi har ein rettsstat som gjev borgarane rettar, vi må òg ha eit apparat av rettshandhevande organ som sikrar borgarane sine rettar gjennom tryggjande sakshandsaming.<sup>49</sup> Dette er den prosessuelle delen av rettssikkerheita.

På helserettens område er det helsetenestene som er dei viktigaste organa som skal vareta den prosessuelle rettssikkerheita. I sitt verke må helsetenestene sørgje for at pasientane får dei tenestene og rettane dei har krav på utan at det krenkar sjølvbestemmingsretten.

Ei rask og effektiv sakshandsaming kan vere heilt avgjerande for at pasienten får den helsehjelpa han eller ho har behov for og krav på. I tillegg er det viktig for rettssikkerheita at pasienten har moglegheit til å klage ved manglande oppfyljing av rettane. Sjølv om domstolane er den overordna dømande makta, er det ikkje veldig mange saker som kjem hit.

---

<sup>48</sup> Bernt, Jan Fridthjof (2001): Rettssikkerhetsbegrepet og kampen om velferdsstatens verdigrunnlag

<sup>49</sup> Bernt (2001) s. 155-156

I helsevesenet er det derimot etablert egne klageinstansar, og etter pasrl. § 7-2 har pasienten og pasientens representant rett til å klage inn sak til Fylkesmannen. Men som Bernt påpeiker i sin artikkel, er det avgrensa kva som kan overprøvast etter ei slik klage.<sup>50</sup> Føresegna i § 7-2 gir i utgangspunktet berre rett til å klage over at eins rettar ikkje er oppfylde. Og dei rettane som pasienten har, slik som rett til nødvendig helsehjelp som Bernt brukar som døme, er så vage og skjønsmessig formulert, at det kan vere vanskeleg å avgjere om pasienten faktisk har fått det han har rett på. Bernt meiner at ein i for stor grad overlet vurderingar om pasientens rettar til politisk og administrativt skjønn, og klageordninga vil difor ikkje gje nokon effektiv moglegheit til overprøvelse.<sup>51</sup> Dette svekkjar pasientens rettssikkerheit.

I forlenginga av dette kan pårørande spele ei sentral rolle som den som varetar pasienten sine rettar, særleg i tilfeller der pasienten sjølv ikkje kan det. Pårørande kan vere den som klargjer pasienten sine behov for helsetenestene, eventuelt dersom desse ikkje blir oppfylde, opptre som pasienten sin representant i klagesaker.

#### **4.2.2 Materieil rettssikkerheit**

Den materielle rettssikkerheita stiller krav til innhaldet i rettane. Desse må verne visse grunnleggjande rettar for borgarane, til dømes vern mot inngrep i personleg sikkerheit, fridom og integritet.<sup>52</sup> Slike rettar kjem til uttrykk både i Grunnlova og i Den europeiske menneskerettskonvensjonen<sup>53</sup> som er ratifisert som norsk lov i menneskerettslova av 1999. EMK artikkel 8 som omhandlar vernet av privatliv er viktig her. Når det gjeld innhaldet i helse- og omsorgstenester er konvensjonens artikkel 12 i ØSK<sup>54</sup> sentral. Denne regulerer krav om helsehjelp på høgaste moglege nivå.

Når det gjeld innhaldet i rettane, vil mykje av dei same omsyna som er nemnt i punktet ovanfor gjere seg gjeldande. Når det er vanskeleg å slå fast innhaldet i føresegnene, er det òg vanskeleg å avgjere om desse er oppfylde. Ettersom mykje av lovreguleringa på helserettens område er

---

<sup>50</sup> Bernt (2001) s. 169-170

<sup>51</sup> Bernt (2001) s. 169-170

<sup>52</sup> Bernt (2001) s. 156

<sup>53</sup> Heretter EMK

<sup>54</sup> FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter av 1966 (ØSK)



vide formuleringar, kan det stillast spørsmålsteikn om dette svekkjer rettssikkerheita til pasientane.

Vidare skal ein sjå litt nærare på enkelte sider ved den materielle rettssikkerheita. Pasientens autonomi og prinsippet om likskap i helseretten konkretiserar den materielle rettssikkerheita ytterligare.

#### **4.2.2.1 Autonomi**

Pasientens autonomi inneber vedkommande sin rett til å bestemme over seg sjølv og eigen kropp. I førearbeida til pasient- og brukarrettslova heiter det at ”individet har i utgangspunktet full bestemmelsesrett i forhold til sin frihet, sin helse og sitt liv”.<sup>55</sup> For inngrep i pasienten sin autonomi krevjast enten rettsleg grunnlag eller samtykke frå pasienten, jf legalitetsprinsippet.

Den klare hovudregelen for yting av helsetenester og medisinsk behandling er pasienten sitt samtykke.<sup>56</sup> Gjennom rettspraksis har denne fått eit klart uttrykk i Rt. 1993 s. 1169 kor retten uttaler at pasienten sitt samtykke før iverksetjing av medisinsk behandling ”er et grunnleggende krav” og at samtykket ”forutsetter at pasienten har tilstrekkelig oversikt over formålet med behandlingen, sannsynligheten for at den vil gi den tilsiktede virkning og hvilke komplikasjoner og bivirkninger som vil kunne oppstå”.<sup>57</sup> Pasienten sin autonomi heng altså tett saman med retten til informasjon – det er det informerte samtykket ein krev for å gi helsehjelp.<sup>58</sup>

Pasienten sin sjølvbestemmingsrett er heilt grunnleggjande for yting av helsetenester. Retten er lovfesta gjennom pasrl. § 4-1 og ØSK artikkel 1. I førearbeida til pasient- og brukarrettslova uttalast det at etter ”gjeldende rett er det ikke tvilsomt at det foreligger et krav om samtykke før helsehjelp kan ytes”.<sup>59</sup>

Samtykke vil i mange høve vere nødvendig for pårørandeinvolvering, og leggje føringar for kva pårørande får kunnskap om og blir inkludert i. Samtidig kan pårørande vere den som

---

<sup>55</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 76

<sup>56</sup> Aasen (2000) s. 22-23

<sup>57</sup> Rt. 1993 s. 1169, s. 1174

<sup>58</sup> Jf pasrl. § 4-1 (1)

<sup>59</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 12

varetek pasienten sin autonomi og moglegheit for å bestemme sjølv, til dømes gjennom å uttrykke kva pasienten ville ha ønska, dersom pasienten sjølv ikkje er i stand til å uttrykke dette.

#### **4.2.2.2 Likskap**

Vidare er prinsippet om likskap grunnleggjande i helseretten. Dette kjem fram av våre generelle helsepolitiske målsetjingar.<sup>60</sup> Prinsippet er lovfesta i pasrl. § 1-1 der det heiter at lovas formål er blant anna ”å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet”. I lovas førearbeid uttalast det at lova skal sørge for ei ”rettferdig fordeling av rettigheter og plikter, likeverd og lik tilgjengelighet av tjenester”.<sup>61</sup> I dette prinsippet ligg eit krav om at helsehjelp skal fordelast ut frå saklege grunngevingar.<sup>62</sup>

I forhold til pårørande kan det problematiserast om ein pasient med ressurssterke pårørande som står på for seg får eit betre helsetilbod enn ein som ikkje har det.

### **4.3 Forsvarleg**

Eit av dei viktigaste rettslege grunnprinsippa i helseretten er at helsehjelpa som ytast skal vere forsvarleg.<sup>63</sup> Dette er lovfesta gjennom helsepersonellova § 4, spesialisthelsetenestelova § 2-2 og helse- og omsorgstenestelova § 4-1, i tillegg til fleire spesialføresegn. På internasjonalt nivå er prinsippet lovfesta gjennom FNs menneskerettar ØSK artikkel 12: Medlemslanda skal anerkjenne einkvar sin rett til ”the highest attainable standard of physical and mental health”. Forsvarleg helsehjelp må òg kunne sjåast i samanheng med pasrl. § 1-1 om helsehjelp av ”god kvalitet”.<sup>64</sup>

I det følgjande vil det takast særleg utgangspunkt i § 4 i helsepersonellova, då føresegna kjem til bruk for alle helsearbeidarar i deira arbeid. Etter denne skal helsepersonell utføre sitt arbeid ”i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet (...) som kan forventes”. Omgrepet fagleg forsvarleg er ein rettsleg standard. Det vil seie at kva som er fagleg forsvarleg ikkje kan lesast ut frå lova, men er avhengig av supplerande kjelder, til dømes legevitskap, helseforskning og

---

<sup>60</sup> Bl.a. St. meld. nr. 47 (2008-2009) s. 14 og Kjønstad (2013) s. 201

<sup>61</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 11, samt s. 125

<sup>62</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 125

<sup>63</sup> Kjønstad (2013) s. 219

<sup>64</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 125

erfaring.<sup>65</sup> Det er ein dynamisk regel under stadig utvikling med utgangspunkt i helsefagas egne kunnskapar, innsikt og haldningar.<sup>66</sup>

Kravet til fagleg forsvarleg helsehjelp kan til dømes knytast til ei eventuell plikt for helsepersonellet å innhente informasjon frå dei pårørande. Som ein skal sjå nærare på seinare i oppgåva, vil pårørande kunne sitte med verdifull informasjon som er avgjerande for at den helsehjelpa som pasienten får er fagleg forsvarleg, særleg dersom pasienten sjølv ynskjer å skjule opplysningar som er sentrale.

## **5. REELLE OMSYN VED PÅRØRANDEINVOLVERING**

Involvering av pasienten sine pårørande kan ofte sjåast på som så grunnleggjande at det å argumentere for det kan verke unødvendig. Likevel kan det vere negative sider. Positive og negative sider skal i det følgjande drøftast. Slike reelle omsyn ved pårørandeinvolvering kan kome inn som argument ved tolking av lovføresegn.

Det er mange fordelar med å inkludere pårørande i eit heilskapleg helsetilbod: Pasienten har gjerne behov for og ønskje om støtte frå dei som kjenner ein best, og pårørande har for eigen del behov for å bli inkludert i behandlingssopplegget. Vidare treng ofte pasienten nokon som kan vareta sine interesser når han sjølv ikkje klarar dette, og helsetenesta får ein viktig ressurs i ein pressa økonomisk situasjon.

I ein akutfase av sjukdommen kor pasienten i mindre grad kan gjere uttrykk for eigen vilje, fell dette gjerne på pårørande, noko som aukar kravet til helsepersonell om å involvere og innhente informasjon frå pårørande.

Dersom sjukdommen er av meir langvarig karakter, kan pårørande få ei noko anna rolle. Alt etter behovet til pasienten vil pårørande kunne møte desse på ulikt vis, gjerne i samspel med helsepersonell. Dette kan dreie seg om praktisk bistand i form av hjelp til påkledning, administrering av medisinar eller oppsyn med pasienten. Eit eksempel er dersom valet står mellom tilbod om heildøgns pleie i institusjon eller assistanse i eigen bustad, kan det at

---

<sup>65</sup> Kjøenstad (2013) s. 227

<sup>66</sup> Kjøenstad (2013) s. 227

pasienten bur saman med ektefellen bidra til at det er fagleg forsvarleg å gje helsehjelp i heimen.

Sjølv om det er mykje positivt ved involvering av pårørande, er det òg enkelte negative sider ved det. Pårørande vil gjerne kjenne eit krav om å stille opp for pasienten. Dette kan gå utover eiga helse, anna familie og sosialt nettverk. Det at vedkommande står pasienten nær, vil kunne føre til at det er vanskeleg å seie nei, og sette grenser dersom det skulle vere nødvendig.

Ei anna negativ side ved pårørandeinvolvering er dersom det oppstår interessekonflikt mellom pasient og pårørande. Dette er tema mot slutten av oppgåva, men det kan nemnast her at som utgangspunkt er det pasienten som bestemmer, jf pasientens sjølvbestemningsrett. Likevel kan det oppstå vanskelege vurderingar for helsepersonellet. Dette skal sjåast nærare på under punkt 7.

Vidare vil pårørandeinvolvering kunne vere utfordrande for helsepersonell: Pårørande har gjerne klare meiningar og oppfatningar av korleis ting skal vere, medan helsepersonell har gjort seg opp andre meiningar ut frå eigen observasjon av pasienten. Det kan vere krevjande å skulle møte pårørande sine høge, og somme tider urimelege krav ut frå ressursmessige omsyn.

Involvering av pårørande vil òg kunne utgjere ein meirkostnad for helse- og omsorgstenestene. Meir omfattande oppgåver retta mot pårørande som til dømes opplæring vil kome i tillegg til ein allereie pressa økonomi i helsevesenet. Det kan likevel argumenterast for at dei fordelane pårørande utgjer som ei samla gruppe, sparar helsevesenet for mykje kostnadar.

## **6. KVA RETTAR HAR NÆRASTE PÅRØRANDE?**

### **6.1 Innleiing**

I det følgjande skal dei konkrete rettane til pårørande gjennomgåast. Pårøranderettar kan i hovudsak skiljast i to grupper som tidvis overlappar kvarandre: Rettar som tar sikte på å vareta pasienten sine interesser gjennom pårørandeinvolvering og rettar som har fokus på å vareta pårørande. Begge er i det følgjande tema.

Ein kan òg stille ei skiljelinje ved dei rettane pårørande har rettskrav på. Med dette meinast at vedkommande har eit minstekrav som skal oppfyllest av helsetenestene.<sup>67</sup> Undervegs i gjennomgangen blir det vurdert om ein kan oppstille eit rettskrav for pårørande knytt til den konkrete retten.

Her først er temaet retten til informasjon og medverknad. Deretter skal retten til rettleiing og opplæring gjennomgåast, før plikta til å innhente informasjon frå pårørande skal drøftast. Deretter er meir konkrete tenester som avlastingstiltak og omsorgslønn tema, samt ein gjennomgang av støtte til pårørande. Siste punktet i gjennomgangen omhandlar klagerett.

## **6.2 Retten til informasjon**

### **6.2.1 Utgangspunkt**

Pasienten sine personopplysningar er verna ved lov. Dette følgjer blant anna av forvaltningslova<sup>68</sup> § 13 og helsepersonellova § 21. Etersom helsepersonellova er lex specialis blir det i det følgjande tatt utgangspunkt i denne lova. Etter § 21 kan ikkje helsepersonell vidareformidle opplysningar om ”folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlege forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell”. Dette inkluderar undersøkingar, diagnose, behandlingssopplegg og prognose til den enkelte pasient.<sup>69</sup>

Helsetenesta vil derimot kunne gje generell informasjon om rettar, saksgang, aktuelle lidingar og vanleg behandling.<sup>70</sup> Til dømes vil det ikkje vere brot på teieplikta dersom pårørande ønskjer generell informasjon frå helsepersonellet når vedkommande kjenner pasienten sin diagnose.<sup>71</sup> Konkret informasjon om pasienten si helsetilstand og helsehjelp vil derimot falle under teieplikta, jf helsepersonellova § 21.

---

<sup>67</sup> Fusa-dommen (Rt. 1990 s. 874) slo fast den enkelte sitt rettskrav på ein minstestandard av helsehjelp. Dommen gjaldt ei sterkt funksjonshemma kvinne som fekk sitt tilbod om heimehjelp sterkt redusert. Høgsterett kom til at dette var rettsstridig ettersom tilbodet var under minstestandarden av helsehjelp som den enkelte har rettskrav på.

<sup>68</sup> Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker

<sup>69</sup> Bøckmann/Kjellevoid (2010) s. 78.

<sup>70</sup> Jf bl.a. forvaltningslova § 11. Bøckmann/Kjellevoid (2010) s. 77

<sup>71</sup> Sjøå Helsedirektoratet (2008) s. 50

Det føreligg viktige unntak frå denne hovudregelen, der helsepersonellet har tilgang til, men òg i enkelte tilfeller ei plikt til å vidareformidle informasjon til næraste pårørande. Desse skal i det følgjande gjennomgåast.

### 6.2.2 Unntak 1: Ved samtykke frå pasienten

Dersom pasienten samtykker til det, kan helsepersonell gi informasjon til pårørande, jf helsepersonellova § 22 (1). Denne føresegna er ein generell heimel til å vidareformidle informasjon, ikkje berre til pårørande, men òg til ”andre” såframt pasienten sjølv samtykker til det.<sup>72</sup> Det kan då gjevast opplysningar så langt som samtykket rekk – ”i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker”.<sup>73</sup>

For næraste pårørande er det ei eiga føresegn som regulerer retten til informasjon. Etter pasrl. § 3-3 (1) ”skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes” dersom pasienten har samtykka til dette. Skiljet mellom retten til informasjon etter helsepersonellova og pasient- og brukarrettslova er at førstnemnde opnar for at informasjon *kan* gjevast, medan sistnemnde òg oppstiller ei plikt for helsepersonellet om å formidle informasjon dersom pasienten har samtykka til dette. Dette blir markert gjennom ordet ”skal” i pasrl. § 3-3 (1). Etter pasient- og brukarrettslova har altså pårørande rett på informasjon ved samtykke. Det krevjast her eksplisitt samtykke frå pasienten. Passivitet kan difor ikkje oppstille eit antatt samtykke etter denne regelen.

Dersom pasienten har samtykka til at næraste pårørande skal ha informasjon etter pasrl. § 3-3 (1), skal den pårørande ha informasjon om ”pasientens helsetilstand” og den ”helsehjelp” som pasienten mottar. Med helsetilstand meinast blant anna diagnose og behandlingsutsikter.<sup>74</sup> Helsehjelp inkluderar handlingar som skal undersøke, utrede eller vurdere pasienten si tilstand, samt behandle og førebyggje sjukdom. I tillegg vil handlingar som har eit reint pleie- og omsorgsformål falle under. Desse skal vere utført av helsepersonell.<sup>75</sup> Meir personlege opplysningar som til dømes personleg hygiene og seksuell aktivitet vil normalt falle utanfor helsetilstand og helsehjelp,<sup>76</sup> og pårørande vil difor ikkje har rett til slik informasjon.

---

<sup>72</sup> Helsepersonellova § 22 (1)

<sup>73</sup> Helsepersonellova § 22 (1)

<sup>74</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 130

<sup>75</sup> Jf pasrl. § 1-3 bokstav c

<sup>76</sup> Bøckmann/Kjellevoid (2010) s. 79

Pasienten kan likevel avgrense kva informasjon den pårørande skal ha, ved å gje eit avgrensa samtykke.<sup>77</sup> Til dømes kan delar av helsetilstanda vere av ein så personleg karakter at pasienten ikkje ønskjer at pårørande gjerast kjend med desse forholda, eksempelvis knytt til personleg hygiene.

Helsepersonell bør tidleg avklare om pasienten samtykker til vidareformidling av informasjon, samt omfanget av eit slikt samtykke. Samtykke kan trekkjast tilbake på eit seinare tidspunkt.<sup>78</sup>

### **6.2.3 Unntak 2: ”Forholdene tilsier det”**

I enkelte situasjonar vil det ikkje vere mogleg å innhente samtykke frå pasienten, men forholda tilseier likevel at næraste pårørande skal, eller i alle fall bør ha informasjon. Dette kan kome av nedsett medvit, at pasienten er medvitslaus eller ruspåverka, samt psykiske forstyrringar av ulik grad, av meir eller mindre forbigåande karakter.<sup>79</sup> Vilkåret for at helsepersonellet skal gi informasjon er at ”forholdene tilsier det”, jf. pasrl. § 3-3 (1). Slike situasjonar kan til dømes vere ved akutte innleggingar, dersom helsepersonellet får opplysningar om pasienten som gjer dei alvorleg bekymra, eller der ein ikkje kan forvente at pasienten sjølv informerer pårørande.<sup>80</sup> I slike situasjonar byggjer informasjonsretten på eit antatt samtykke frå pasienten, og helsepersonell kan vidareformidle informasjon såframt det ikkje føreligg indikasjon på at pasienten ikkje ville ha samtykke, til dømes ved konfliktsituasjonar.<sup>81</sup>

Døme på dette kan vere dersom ein pasient med begynnande demens blir utskriven frå sjukehus etter ferdigbehandling for lungebetennelse og skal heim til ektefelle, og ein ikkje kan forvente at pasienten sjølv kontaktar pårørande for å avtale heimreise. Då kan forholda tilseie at helsepersonellet har plikt til å informere om utskrivinga etter § 3-3 (1).

Innhaldet og omfanget av informasjonen vil variere ut frå kva forholda tilseier. I ei slik vurdering må det vektleggast kva behov pårørande har for informasjon for eigen del og for å kunne vareta pasientens interesser og kor alvorleg sjukdommen er.<sup>82</sup> I denne vurderinga kan det

---

<sup>77</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 130

<sup>78</sup> Bøckmann/Kjellevoid (2010) s. 80

<sup>79</sup> Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) s. 72

<sup>80</sup> Bøckmann/Kjellevoid (2010) s. 81

<sup>81</sup> Bøckmann/Kjellevoid (2010) s. 81

<sup>82</sup> Bøckmann/Kjellevoid (2010) s. 82

òg takast med om tilstanda til pasienten er forbigåande, slik at ein kan forvente at vedkommande kan samtykke til at informasjon gjevast til pårørande på eit snarleg tidspunkt.

#### **6.2.4 Unntak 3: Pasienten er ”over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser”**

Etter pasrl. § 3-3 (2) har både pasienten og næraste pårørande rett på informasjon dersom pasienten er over 16 år og ”åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning”. Ordlyden tilseier at terskelen er høg for å formidle informasjon etter denne, jf ”åpenbart”.

Fysisk forstyrringar kan vere dersom pasienten er i koma, psykiske forstyrringar kan til dømes vere at pasienten er psykotisk.<sup>83</sup> Dersom ein fortsett tar utgangspunkt i dømet ovanfor, men tenkjer oss at pasienten har langtkomen demens slik at vedkommande ikkje er i stand til å ta vare på seg sjølv etter utskriving. Då har helsepersonellet plikt til å formidle informasjon etter § 3-3 (2) uavhengig av samtykke frå pasienten.

Det er kompetent helsepersonell som vurderer om pasienten openbart ikkje kan vareta sine interesser, og regelen må sjåast i samanheng med vurderinga av samtykkekompetanse og representasjon i kapittel 4 i lova.<sup>84</sup>

For at pårørande skal kunne vareta pasienten sine interesser når vedkommande sjølv ikkje er i stand til det, må pårørande få tilstrekkeleg informasjon slik at denne kan uttale seg om avgjersler i forhold til helsehjelp. Difor skal pasient og pårørande ha den same informasjonen, jf. pasrl. § 3-3 (2), jf § 3-2. Dette inkluderar i tillegg til informasjon om helsetilstand og helsehjelp, òg informasjon om moglege risikoar og biverknadar. I forhold til § 3-3 (1) kan denne regelen seiast å gå noko lenger, då den omfattar meir informasjon enn første ledd.

Det kan stillast spørsmålsteikn ved om denne føresegna er like aktuell i dag, som då pasient- og brukarrettslova<sup>85</sup> vart verksett i 1999. I den opphavlege lovteksten var det pårørande som tok val på vegne av pasienten dersom vedkommande ikkje var samtykkekompetent etter dågjeldande § 4-6, og helsehjelpa innebar eit alvorleg inngrep. I førearbeida er regelen grunngeven ut frå pårørande sitt behov for informasjon for å kunne foreta val ut frå riktige

<sup>83</sup> Bøckmann/Kjellevoid (2010) s. 82

<sup>84</sup> Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) s. 130

<sup>85</sup> Dågjeldande pasientrettslova



føresetnader.<sup>86</sup> Seinare vart føresegna endra, slik at det i dag er helsepersonell som tar desse vala. Pårørande sitt behov for inngåande informasjon er difor ikkje like aktuelt i dag som ved tidlegare lovgjeving. Ein kan likevel argumentere for at pårørande treng informasjon om moglege risikoar og biverknadar for å uttrykke kva pasienten ville ha ønska, når det blir spørsmål om vidare behandling. Eit av vilkåra etter pasrl. § 4-6 er at det er ”sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp”, jf andre ledd. Pårørande kan kome med opplysningar rundt dette og dermed bidra til helsepersonellets val, men kor stor vekt dette kan få er usikkert.

#### **6.2.5 Unntak 4: Dersom pasienten ”dør og utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko”**

Tredje ledd i pasrl. § 3-3 vart lagt til ved lovendring i kraft 1. januar 2014. Etter denne har næraste pårørande rett på informasjon etter § 3-2 (4) og (5) dersom pasienten døyr, og ”utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko”, jf. pasrl. § 3-3 (3). Det pårørande har rett på informasjon om er skaden eller den alvorlege komplikasjonen som førte til dødsfallet, tilgangen til å søke pasientskadeerstatning og andre tilsynsorgan, samt kva tiltak helse- og omsorgstenesta vil verksette for å unngå liknande hendingar, jf pasrl. § 3-2 (4) og (5).

Omsynet bak ei slik regulering er ei styrking av pårørande si rettsstilling gjennom ei synleggjering av etterlatne der utfallet ikkje var påregneleg, men ei følgje av uønska hendingar.<sup>87</sup> Sentralt står tilliten til helseføretaka, og ønske om å hindre at noko liknande kan skje igjen.

#### **6.2.6 Unntak 5: Pasienten er mindreårig**

Som hovudregel skal foreldra eller andre som har foreldreansvar ha informasjon på linje med pasienten dersom denne er under 16 år, jf pasrl. § 3-4 (1). Det vil seie at helsepersonell har ei opplysningsplikt i forhold til dei føresette. Dei føresette skal ha nødvendig informasjon om barnets helsetilstand, innhaldet i helsehjelpa, moglege risikoar og biverknadar.<sup>88</sup>

---

<sup>86</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 130

<sup>87</sup> Prop. 100L (2012-2013) s. 19

<sup>88</sup> Bøckmann/Kjellevoid (2010) s. 83

Det føreligg unntak frå denne regelen: Dersom pasienten er mellom 12 og 16 år, skal opplysningar ikkje gjevast til dei føresette når pasienten ”av grunner som bør respekteres, ønsker dette”, jf pasrl. § 3-4 (2). Grunnar som bør respekterast kan vere dersom barnet er i kontakt med helsetenesta på grunn av mishandling i heimen, eller råd i forhold til lettare psykiske problem som følgje av mobbing.<sup>89</sup>

Ut frå ordlyden er det berre dersom pasienten har uttrykt ønskje om at foreldra ikkje skal gjerast kjend med visse opplysningar, at informasjonsretten til dei føresette må vike. Dersom den mindreårige pasienten ikkje har gitt uttrykk for noko, skal foreldra ha informasjon.

Grensa går derimot ved meir alvorlege psykiske lidingar eller ved misbruk av rusmidlar, særleg i tilfeller der det er fare for sjølvskading, samt ved alvorlege fysiske skader på grunn av kriminelle handlingar.<sup>90</sup> Helsepersonellens opplysningsplikt vil her gå føre teieplikta.

Sjølv om pasienten er over 16 år, og i utgangspunktet skal samtykke til at informasjon blir vidareformidla, kan det gjerast unntak fram til pasienten er 18 år for informasjon som er ”nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret”, jf pasrl. § 3-4 (3). Informasjon som er nødvendig etter denne føresegna kan vere opplysningar om sjølvmondsfare, kor barnet er, innlegging på sjukehus på grunn av livstruande tilstander, alvorlege eteforstyrringar, skadeleg bruk av rusmidlar.<sup>91</sup> Men informasjonsplikta inneber ikkje ei full utgreiing av den generelle helsetilstanden, dette krev samtykke frå pasienten.<sup>92</sup>

### **6.2.7 Informasjonens form**

Etter pasrl. § 3-5 skal informasjonen tilpassast mottakarens føresetnader, kor det skal takast omsyn til alder, modenskap, erfaring og kulturell- eller språkleg bakgrunn, jf første ledd. Dette kravet må gjelde tilsvarande for næraste pårørande så lenge vedkomande har rett på informasjon.<sup>93</sup>

---

<sup>89</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 131

<sup>90</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 131

<sup>91</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 131, Syse (2009) s. 278

<sup>92</sup> Syse (2009) s. 278

<sup>93</sup> Bøckmann/Kjellevoid (2010) s. 93, jf Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 131

På grunn av eit stadig meir mangfaldig samfunn, kan dette innebere at det må brukast tolk ved formidling av informasjon. Eit døme på dette er dersom familien er av innvandrarbakgrunn, og morsmålet er eit anna enn norsk. Då kan det vere viktig å bruke tolk slik at ein er sikker på at pasienten og pårørande har forstått situasjonen og har tilstrekkeleg informasjon slik at retten til samtykke og medverknad er varetatt.

Vidare bør ikkje pårørande brukast som tolk ovanfor pasienten. I mange tilfeller kan gjerne andregenerasjons innvandrar ha ei betre forståing av norsk enn foreldra. Av omsyn til tieplikta og kravet om presis informasjon bør likevel ikkje desse eller andre pårørande brukast som tolk.<sup>94</sup>

### **6.2.8 Særleg om journalinnsyn**

Pasienten sin journal er underlagt tieplikta. Difor er pårørande sin rett til innsyn i utgangspunktet avhengig av samtykke frå pasienten. Retten til innsyn i journal kan sjåast på som ei forlenging av retten til informasjon etter pasient- og brukarrettslovas kapittel 3, og føresegna om rett til informasjon etter §§ 3-3 og 3-4 gjeld tilsvarande for rett til journalinnsyn, jf pasrl. § 5-1 (4).<sup>95</sup> Dersom pårørande har rett til innsyn etter desse reglane, har helsepersonell plikt til å leggje til rette for innsyn, jf helsepersonellova § 41.

I tillegg til dette har ”nærmeste pårørande (...) rett til innsyn i journal etter pasientens (...) død, om ikke særlige grunner talar mot dette”, jf pasrl. § 5-1 (5).<sup>96</sup> Her har næraste pårørande ein sjølvstendig rett til journalinnsyn, med mindre det føreligg ”særlige grunner” som talar mot innsyn. Føresegna må sjåast i samanheng med helsepersonellova § 24.<sup>97</sup> Det må her føretas ein avveging av ulike omsyn: blant anna pasienten si vilje og pårørande sine interesser. Særlege grunnar kan vere pasienten si uttrykte vilje om at pårørande ikkje skulle gjerast kjend med personlege opplysningar. Det kan dessutan føreligge ”særlige grunner” sjølv om pasienten ikkje har tatt stilling til dette, men ein må anta at pasienten ikkje ønska at opplysningar gjerast kjend, til dømes fordi dei er svært støytande.<sup>98</sup>

---

<sup>94</sup> Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) s. 131 og Bøckmann/Kjellevoid (2010) s. 93-94.

<sup>95</sup> Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) s. 94

<sup>96</sup> Dette følgjer òg av helsepersonellova § 24

<sup>97</sup> Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) s. 94

<sup>98</sup> Bøckmann/Kjellevoid (2010) s. 293

## 6.3 Retten til å medverke

### 6.3.1 Utgangspunkt

Her innleiingsvis skal ein sjå nærare på omfanget av pasienten sin medverknadsrett, då denne utgjer utgangspunktet for pårørande sin medverknadsrett. Pasienten sin medverknadsrett må sjåast i samanheng med sjølvbestemningsretten og respekt for den enkelte sin integritet.<sup>99</sup>

Pasienten har ”rett til å medvirke ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester”, og ”herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder”, jf pasrl. § 3-1 (1). Det skal i det følgjande sjåast nærare på kva som ligg i medverkeretten til pasienten.

Etter ordlyden ”medvirke” følgjer det at helsepersonell ikkje er bunden av pasienten sine meiningar, det er altså ikkje tale om ei full valfridom. Retten avgrensast mot det forsvarlege, og pasienten kan aldri pålegge helsepersonell å fråvike kravet om fagleg forsvarleg helsehjelp etter helsepersonellova § 4.

Etter lovførearbeida uttalast det at pasienten ikkje skal ”gis rett til å velje hvilken metode som skal benyttes dersom helsepersonellet mener en annen metode er bedre egnet eller mer forsvarlig.”<sup>100</sup> Her synast lovgjevar å ville innskrenke pasienten sin sjølvbestemningsrett i noko stor grad, og utover kravet om fagleg forsvarleg, jf uttalen ”bedre egnet”. Uttalen kan tale for at helsepersonell skal kunne velje den metoden dei meiner er meir hensiktsmessig, utan at denne nødvendigvis er den einaste forsvarlege. Ein kan då stille spørsmål ved kor reell pasienten sin sjølvbestemningsrett innafor det forsvarlege eigentleg er. Dette spørsmålet reiser Molven òg i si bok. Han meiner at standpunktet i førearbeida er lite i tråd med prinsippet om brukarorientering, særleg dersom pasienten må velje mellom ikkje-behandling eller den behandlinga som helsepersonell meiner er mest hensiktsmessig, dersom det fins andre etablerte metodar som er forsvarlege og pasienten heller ønskjer.<sup>101</sup>

Lovgjevar har likevel anerkjend pasientens medverknadsrett i noko større grad enn uttalen over skulle tilseie. I førearbeida står det at ”pasientens syn og vurdering er imidlertid et tungtveiende

---

<sup>99</sup> Molven (2012) s. 196

<sup>100</sup> Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) s. 128

<sup>101</sup> Molven (2012) s. 197

argument i avgjørelsen”, og står det mellom ”likeverdige valg, er det naturlig at pasienten treffer avgjørelsen”.<sup>102</sup>

Etter dette kan det difor slåast fast at sjølv om helsepersonell ikkje er bunden av pasientens val av behandling, skal pasienten si meining vektleggast ut frå omsynet til sjølvbestemmingsretten. Ut frå same omsynet må det vere klart at dersom pasienten samtykker til det, kan pårørande medverke saman med pasienten.

Det skal vidare ”legges stor vekt på hva pasienten (...) mener” ved utforminga av tenestetilbodet frå kommunehelsetenesta etter helse- og omsorgstenestelova § 3-2 nr. 6, omsorgslønn etter § 3-6 og personleg assistent etter § 3-8, jf pasrl. § 3-1 (2). Desse vala knyter seg i større grad til pasienten og pårørande sin tilgang til å utforme eigen kvardag, og kommunen skal jobbe for å finne individuelt tilpassa løysingar til den enkelte tenestemottakar.<sup>103</sup>

### **6.3.2 Medverknad frå næraste pårørande på vegne av pasienten**

Dersom pasienten ikkje er samtykkekompetent, har ”pasientens nærmeste pårørande rett til å medvirke sammen med pasienten”, jf pasrl. § 3-1 (3). Det er ikkje sagt noko om rekkjevidda av pårørande sin medverknadsrett etter føresegna, men dersom pårørande skal kunne fungere som pasienten sin representant, må ein kunne leggje til grunn at pårørande skal involverast i same grad som pasienten ville ha dersom han var samtykkekompetent.<sup>104</sup> Samtidig vil pasientens individuelle føresetnad påverke kor mykje pårørande skal involverast – dersom vedkommande i liten grad klarar å medverke sjølv, får pårørande ein meir sjølvstendig medverkerett.<sup>105</sup>

Føresegna inneber ei plikt for helsepersonellet om å leggje til rette for at pårørande skal kunne medverke, men det er ingen plikt for pårørande å medverke, jf ordlyden ”rett til”.

Retten til medverknad må sjåast i samanheng med retten til informasjon etter § 3-3 (2), og pårørande må få tilstrekkeleg informasjon slik at vedkommande er i stand til å vareta pasienten sin medverkerett. Pårørande kan likevel ikkje få større medverknadsrett enn pasienten sjølv.

---

<sup>102</sup> Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) s. 66

<sup>103</sup> Prop. 91 L (2010-2011) s. 517

<sup>104</sup> Molven (2012) s. 198

<sup>105</sup> Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) s. 65-66

Helsepersonell må òg vere merksame på at pårørande kan kome med eigne ønskjer og meiningar, som ikkje nødvendigvis er pasientens ønskjer.

### **6.3.3 Pårørande sin medverknad i form av deltaking ved gjennomføring av helsehjelp**

Grunnlaget for pårørande si medverknad i form av deltaking og å vere tilstades ved gjennomføring av helsehjelp, er at pasienten sjølv må samtykke til det, jf sjølvbestemmingsretten. Noko rett til deltaking utan samtykke opnar lova ikkje for.

Etter pasrl. § 3-1 (4) skal eit ønskje frå pasienten om at ”andre personer skal være til stede” når helsehjelpa gjevast, ”som hovedregel imøtekommes”. Dette *opnar for* at næraste pårørande kan vere til stades når pasienten mottar helsehjelp. Det kan tenkast unntak frå denne hovudregelen dersom pasienten vil ha liten hjelp i at pårørande er tilstades, samt at situasjonen vil vere belastande for pårørande, til dømes ved tvangsbruk ovanfor psykiatrisk pasient.

### **6.3.4 Næraste pårørande sin medverknad til individuell plan**

Pasientar som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstenester, har etter helse- og omsorgslovane rett til individuell plan, og det er helse- og omsorgstenestene som er pliktige til å utarbeide desse.<sup>106</sup> Ein slik plan skal sikre pasienten kontinuitet og forutberekelegheit, sørgje for betre samarbeid mellom tenesteytarar, mottakar av tenestene, samt deira pårørande, og sørgje for heilskap i tenestene.<sup>107</sup>

Hovudregelen er at pasienten skal samtykke til at det blir utarbeida individuell plan, jf pasrl. § 4-1 og forskrifta om individuell plan<sup>108</sup> § 17. Næraste pårørande skal gjevast rett til å medverke når det skal utarbeidast individuell plan i den utstrekning pasienten sjølv ynskjer det, jf forskriftas § 16 (1).

Dersom pasienten ikkje er samtykkekompetent er det den som er gitt rett til å samtykke etter kapittel 4 i pasient- og brukarrettslova, som på vegne av pasienten kan samtykke til individuell plan, jf forskriftas § 17 (2). Det vil seie at for pasientar under 18 år er det dei føresette,<sup>109</sup>

---

<sup>106</sup> Jf. pasrl. § 2-5, spesialisthelsetenestelova § 2-5, helse- og omsorgstenestelova § 7-1, psykisk helsevernlova § 4-1

<sup>107</sup> Kjellevoid (2013) s. 11

<sup>108</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinater av 2011

<sup>109</sup> Pasrl. § 4-4 og § 4-5

medan det for vaksne pasientar er helsepersonellet som samtykkar.<sup>110</sup> Dersom vedkommande er fråteken rettsleg handleemne på det personlege området, er det verje som samtykkar.<sup>111</sup>

Det kan stillast spørsmålsteikn ved om det ikkje er naturleg at òg næraste pårørande kan samtykke til iverksetjinga av individuell plan for pasientar som ikkje er samtykkekompetente. Det skal ikkje gåast i djupna på dette her, men det kan seiast at dei sterke rettstryggleiksomsyna som grunnjev utvidande tolking av pasrl. § 7-2 (4) ved klageretten ikkje i same grad gjer seg gjeldande her, jf drøftinga nedanfor under punkt 6.7. I tillegg er forskrifta av nyare regulering (2011), og ettersom endringa om kven som samtykkar på pasientens vegne vart gjort i 2008, hadde lovgjevar moglegheit å ta høgde for denne særlege problemstillinga ved iverksetjing av forskrifta. Om dette var eit bevisst val eller ei utilsikta følge er ikkje klart, men av omsyn til lovgjevarviljen blir ordlyden i forskrifta ikkje tolka utvidande her.

Næraste pårørande er derimot gitt rett til å medverke saman med pasienten når denne ikkje er samtykkekompetent ved utarbeidinga av den individuelle planen, jf forskriftas § 16 (2). Så langt det er mogeleg skal pasienten sjølv medverke til dette, men i enkelte situasjonar er det pårørande som må sørgje for pasienten sin medverknad til individuell plan.

I den individuelle planen skal det framkomme kva pårørande vil bidra med i planarbeidet, jf forskriftas § 19 bokstav d. Pårørande kan ikkje påleggjast oppgåver, men kan ynskje å bidra på frivillig grunnlag. Dette skal likevel ikkje gå ut over det hjelpetilbodet vedkommande får frå det offentlege.<sup>112</sup>

### **6.3.5 Pårørande som helsepersonellens hjelpar**

Som næraste pårørande vil vedkommande ofte stå i situasjonar der grensa mellom helsehjelp og privat omsorg er vanskeleg å sjå. Det er berre i dei tilfella pårørande på oppdrag frå helsepersonell utfører handlingar som inneber pleie og omsorg til pasienten som fell under pasient- og brukarrettslova.<sup>113</sup> Det er ikkje noko i vegen for at helsepersonell nyttar pårørande som hjelpar, jf helsepersonellova § 5. Helsepersonellet er likevel ansvarlege for at den helsehjelpa som blir ytt er ”forsvarlig ut fra oppgavens art, personellens kvalifikasjon og den

---

<sup>110</sup> Pasrl. § 4-6

<sup>111</sup> Pasrl. § 4-7

<sup>112</sup> Bøckmann/Kjellebold (2010) s. 92

<sup>113</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 37 og 127

oppfølging som gis”.<sup>114</sup> Dette kan innebære at pårørende blir gitt nødvendig opplæring og oppfølging frå helsepersonellet.<sup>115</sup>

At pårørende medverkar direkte som omsorgsgjevar kan i mange tilfelle vere ei god heilskapleg løysing for pasienten. Ressursmessig kan det òg vere gunstig for helsetenesta, såframt den hjelpa som blir ytt er innafør forsvarlege rammer. Det er difor viktig at helsepersonellet legg til rette for at pårørende kan medverke gjennom slike oppgåver.

## **6.4 Retten til rettleiing og opplæring**

### **6.4.1 Innleiing**

Når eins næraste kjem i ein situasjon der vedkommande treng støtte og hjelp på grunn av fysisk eller psykisk sjukdom, har dei pårørende ofte behov for rettleiing. Livssituasjonen kan endre seg i ulik grad, og pårørende vil gjerne sitte med mykje spørsmål og usikkerheit i forhold til den nye situasjonen. Då er det viktig at helsepersonell kan rettleie, gje råd, og i enkelte høve lære opp pårørende dersom det er nødvendig. Kva konkret rett til slik rettleiing og opplæring næraste pårørende har skal i det følgjande omtalast.

### **6.4.2 Generell rettleiingsplikt**

Etter forvaltningslova § 11 har forvaltningsorgana ”innenfor sitt saksområde en alminnelig veiledningsplikt”. Spørsmålet er om forvaltningslova kjem til bruk for helsetenestene.

Det følgjer av helse- og omsorgstenestelova § 2-2 at forvaltningslova gjeld for kommunens verksemd. Det er ikkje noko særskilt regulering i spesialisthelsetenestelova for at forvaltningslova kjem til bruk, men etter helseføretaklova<sup>116</sup> § 5 skal forvaltningslova gjelde for ”foretakenes virksomhet”. Med føretak meinast her ”regionale helseføretak og helseføretak”, som skal yte og legge til rette for spesialisthelsetenester, jf § 3, jf § 2. Forvaltningslovas rettleiingsplikt etter § 11 gjeld såleis verksamheita til kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenestene.

---

<sup>114</sup> Helsepersonellova § 5

<sup>115</sup> Bøckmann/Kjellebold (2010) s. 91

<sup>116</sup> Lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseføretak m.m.



Rettleiingsplikta inneber at kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta skal rettleie dei som blir direkte påverka av verksemda, samt andre som ber om det. Dette er ikkje ei konkret plikt knytt til pårørande, men til alle som er påverka av helsetenesta si verksemd. Innhaldet i denne plikta inkluderar rettleiing om kva lover og reglar som gjeld, informasjon om sakshandsaming og kva som kan få betyding for resultatet, samt kva som er vanleg praksis i liknande saker, jf forvaltningslova § 11 (2). Formålet med rettleiinga er at dei som er påverka av forvaltninga si verksemd skal "vareta sitt tarv i bestemte saker på best mulig måte", jf § 11 (1) andre setning. Omfanget av plikta må likevel "tilpasses det enkelte forvaltningsorgans situasjon og kapasitet", jf § 11 (1) tredje setning. Rettleiingsplikta må òg sjåast i samheng med pasient og pårørande sin rett til informasjon etter pasient- og brukarrettslova kapittel 3, som kan seiast å vere ei utviding av rettleiingsplikta.<sup>117</sup> Etter denne har helsepersonellet ei meir spesifikk plikt til rettleiing av pasient og pårørande knytt til den konkrete helsehjelpa, medan den generelle rettleiingsplikta etter forvaltningslova kan seiast å vere vidare, knytte seg til den generelle verksemda, og gjelde ei større persongruppe. Føresegna inneber ei plikt for helsetenesta om rettleiing, men ikkje noko rett for pårørande etter forvaltningslova.

Døme på rettleiingsplikt etter forvaltningslova § 11 kan vere kommunehelsetenesta si plikt til å rettleie pasient og pårørande om sakshandsaming, og kva forhold som er av betyding når det er spørsmål om å søkje om sjukeheimplass.

### **6.4.3 Helsepersonellens plikt til opplæring av pårørande**

Etter spesialisthelsetenestelova § 3-8 nr. 4 skal sjukehuset sørge for "opplæring av pasient og pårørende". Føresegna gjeld pårørande, og ikkje berre næraste pårørande. Ordlyden taler såleis for ei utviding av persongruppe som er omfatta. Dette kan grunngjevast i omsynet til å ikkje avgrense kven som har rett på opplæring, ettersom nokre pasientar kan ha behov for bistand frå fleire enn berre dei næraste. Dette kan lette arbeidsbyrda til næraste pårørande, mens det samstundes kan bli eit spørsmål om ressursbruk sett frå helsetenesta si side, då fleire må opplærast. Mot dette kan det argumenterast at pårørande kan vere ei nyttig og verdifull ressurs i eit omfattande og langsiktig helsetilbod.

Spørsmålet i det følgjande er om pårørande kan ha rettskrav på opplæring etter § 3-8 nr. 4.

Føresegna seier ikkje noko om retten til pasient og pårørande om å få opplæring, den oppstiller

---

<sup>117</sup> Bernt/Rasmussen (2003) s. 155

berre sjukehuset sine særlege oppgåver. Pasienten sine rettar følgjer av pasient- og brukarrettslova og etter § 2-1b har pasienten ”rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesta”, jf andre ledd. Det er her pasienten som er gitt rett, og ikkje pårørande. Noko rettskrav for pårørande etter denne føresegna kan difor uansett ikkje oppstillast.

Etter gjeldande rett kan det difor ikkje oppstillast noko rettskrav på opplæring for pårørande etter § 3-8 nr. 4.

Lovgjevar har likevel framheva viktigheita av opplæring, då særleg i forhold til pasientar med alvorlege kroniske lidingar.<sup>118</sup> Opplæring kan bidra til auka meistring for pårørande i ei elles usikker situasjon, vere med på å trygge pasienten, hindre tilbakefall eller forverring, samt vere avgjerande i ein naudsituasjon. Eit døme på dette kan vere dersom pårørande er lært opp i bruken av hjelpemiddel – for eksempel er ein pasient med ALS<sup>119</sup> som brukar respirator, heilt avhengig av hjelp frå dei rundt dersom denne sluttar å fungere. Eit anna døme er dersom pårørande er kjend med symptom på forverring ved ei sjukdomstilstand der tidleg hjelp er avgjerande, som det ofte er med hjerneslag og hjarteinfarkt.

## **6.5 Innhente informasjon frå pårørande**

### **6.5.1 Innleiing**

Dei personane vi har rundt oss dagleg, vil gjerne observere og vurdere informasjon annleis enn helsepersonell som ikkje kjenner pasienten gjer. Difor kan næraste pårørande vere ei viktig kunnskapskjelde når det gjeld informasjon om pasienten sin helsetilstand. Pasienten kan òg ha eit ønskje om å skjule informasjon frå helsepersonell, til dømes ved rusmisbruk.

### **6.5.2 Rett og plikt til å innhente informasjon**

Spørsmålet er om helsepersonellet har tilgang til å innhente informasjon frå dei pårørande, samt om dei har plikt til slik informasjonsinnhenting.

---

<sup>118</sup> Ot. prp. nr. 10 (1998-1999) s. 65

<sup>119</sup> Amyotrofisk lateralsklerose: nervesjukdom som angrip motoriske nerveceller i ryggmargen og hjernen.

Ut frå det som er sagt tidlegare byggjer helsehjelp i stor grad på pasientens sjølvbestemningsrett. Etter dette prinsippet må det vere klart at dersom pasienten samtykker til det, har helsepersonell rett til å innhente informasjon frå pårørande som ledd i helsehjelpa.<sup>120</sup>

Det kan vere at pasienten ikkje samtykker til at helsepersonellet innhentar informasjon frå næraste pårørande. Dette kan særleg gjelde i tilfeller der pasienten ønskjer å skjule til dømes rusmiddelmissbruk eller misbruk av andre medikament. Det kan likevel ikkje vere utelukka at pårørande kjem med opplysningar om pasienten til helsepersonellet, så lenge helsepersonellet ikkje bryt teieplikta si.<sup>121</sup> Grunngevinga for dette er den viktige informasjonskjelda pårørande er, noko Statens helsetilsyn ved fleire høve har understreka. Såleis har helsepersonell rett til å ta imot informasjon frå pårørande òg i desse tilfella.

I enkelte tilfeller vil helsepersonell i tillegg til å ha ein rett, òg ha ei plikt til innhenting av informasjon. Dette gjeld blant anna i tilfeller der helsehjelpa ”innebærer et alvorlig inngrep” for den myndige pasienten som ikkje har samtykkekompetanse, som vedkommande ikkje motset seg, jf pasrl. § 4-6 (2). Pårørande skal få moglegheit å uttale seg om kva pasienten ville ha ønska.

Det skal òg innhentast informasjon frå næraste pårørande om kva pasienten ville ha ønska før vedtak om helsehjelp som pasienten motset seg når pasienten ikkje er samtykkekompetent, jf pasrl. § 4A-5 (4).

Vidare skal informasjon innhentast dersom ein døande pasient ikkje er samtykkekompetent og det er spørsmål om unnlating av livsforlengande behandling, jf pasrl. § 4-9. I desse tilfella skal næraste pårørande høyrast om pasientens ønskjer, i tillegg til at helsepersonellet føreteik ei sjølvstendig vurdering.

Næraste pårørande skal gjevast rett til å uttale seg i forbindelse med avgjersler rundt etablering, vidare opphald og ved opphøyr av tvungent psykisk helsevern, jf psykisk helsevernlova § 3-9.

---

<sup>120</sup> Bøckmann/Kjellehold (2010) s. 86

<sup>121</sup> Bøckmann/Kjellehold (2010) s. 89

Bøckmann og Kjellevoid stiller spørsmål i si bok om det ikkje føreligg eit generelt krav om innhenting av informasjon frå næraste pårørande ut frå forsvarlegheitsbetraktningar.<sup>122</sup> Etter helsepersonellova § 4 skal helsepersonellet yte fagleg forsvarleg helsehjelp, og som ledd i dette kan det vere nødvendig å innhente informasjon om pasienten frå næraste pårørande.

Informasjon frå pårørande kan supplere den informasjonen helsepersonellet får gjennom observasjon, prøvetaking og undersøkingar.<sup>123</sup>

Denne typen problemstillingar har vore oppe til vurdering i Statens Helsetilsyn, der tilsynet har understreka betydinga av å innhente tilstrekkeleg informasjon for å sikre forsvarleg helsehjelp. Blant anna var spørsmålet oppe i ei sak frå 2010, kor tilsynet slo fast at kravet til fagleg forsvarleg helsehjelp var broten av ein lege som ikkje hadde innhenta tilstrekkeleg informasjon frå pårørande ved ei sjølvmondsrisikovurdering.<sup>124</sup>

## **6.6 Næraste pårørandes rett til tenester**

### **6.6.1 Avlastningstiltak**

Etter helse- og omsorgstenestelova § 3-2 nr. 6 bokstav d skal kommunen ”tilby (...) avlastningstiltak”. Dette tilbudet skal kommunen yte ovanfor personar og familiar med særleg tyngande omsorgsarbeid,<sup>125</sup> og målet er å avlaste personar som har påtatt seg slikt arbeid.

Spørsmålet vidare er om ein kan oppstille eit rettskrav for avlastningstiltak og eventuelt kven ein slik rett vil gjelde for.

Kommunen sitt ansvar for avlastningstiltak må sjåast i samanheng med § 3-1 (1) kor det står at kommunen skal ”sørge for” at personar i kommunen skal ”tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester”, jf § 3-2 (1). Avlastningstiltak er eit av fleire tiltak som § 3-2 oppstiller som skal oppfylle dette ansvaret. Ordlyden ”sørge for” påleggjar kommunen ansvar for å gjere slike tenester tilgjengelig. Pasientens ”rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen”

---

<sup>122</sup> Bøckmann/Kjellevoid (2010) s. 87

<sup>123</sup> Bøckmann/Kjellevoid (2010) s. 86

<sup>124</sup> Eksempel henta frå Statens helsetilsyn sine nettsider – Tilsynssak av 14. november 2010

<sup>125</sup> Prop. 91 L (2010-2011) s. 187. Føresegna må sjåast i samanheng med pasrl. § 2-8 som regulerer kravet om tiltak frå kommunehelsetenesta for å lette omsorgsbyrden til personar som har ”særleg tyngende omsorgsarbeid”.

følgjer av pasrl § 2-1a. Her oppstiller lovverket ei plikt for kommunen å yte helsehjelp etter helse- og omsorgstenestelova, og ei rett for pasienten etter pasient- og brukarrettslova.

Vilkåret for å ha rett på helsehjelp frå kommunen er pasienten sitt behov for nødvendige helse- og omsorgstenester, jf pasrl. § 2-1a. Det er altså mot den omsorgstrengande pasient føresegna retter seg mot, ikkje pårørande. Om vilkåret er oppfylt kjem an på ei individuell helsefagleg og/eller sosialfagleg heilskapsvurdering av behovet til den hjelpetrengande.<sup>126</sup> Det er i teorien lagt til grunn at kravet om eit nødvendig behov er eit strengt vilkår.<sup>127</sup> Dersom vilkåret er oppfylt, har pasienten rettskrav på helsetenester frå kommunen, jf pasrl. § 2-1a, jf helse- og omsorgstenestelova § 3-1.

Spørsmålet om ein kan ha rettskrav på avlastningstiltak er likevel ikkje avgjort. Sjølv om pasienten har rett på nødvendig helsetenester etter helse- og omsorgstenestelova § 3-1, er det ikkje sagt noko om kva dette skal innehalde, eller omfanget av denne. Hjelpa skal møte det nødvendige behovet og vere fagleg forsvarleg (innanfor det forsvarlege minstekravet oppstilt i Fusa-dommen), og pasienten skal gjevast rett til å medverke i valet etter pasrl. § 3-1.<sup>128</sup> Etter førearbeida er det likevel lagt til grunn at det er opp til kommunen å bestemme kva hjelp som skal gjevast.<sup>129</sup> Ein kan påklage kommunens vedtak,<sup>130</sup> men det skal ein del til for å vinne fram med ei klage over kommunens skjønnsutøving når det gjeld val av helseteneste, jf pasrl. § 7-6 (1).

Etter dette er det ikkje noko rettskrav å få avlastningstiltak. Men avlastningstiltak kan vere ein del av retten til helsetenester som pasienten har rettskrav på etter helse- og omsorgstenestelova § 3-1. Om pasienten har rettskrav på helsetenestar og dersom kommunen avgjer at dette skal gjevast i form av avlastningstiltak, kan dette òg kome pårørande til gode.

Etter lovførearbeida til helse- og omsorgstenestelova er avlastningstiltak ei føresetnad for at pårørande skal kunne yte ei så stor del av omsorgstenestene som dei gjer.<sup>131</sup>

---

<sup>126</sup> Prop. 91 L (2010-2011) s. 514, Innst. 424 (2010-2011) s. 39

<sup>127</sup> Kjønstad (2013) s. 159 og Kjellevold (2012) s. 32

<sup>128</sup> Kjellevold (2012) s. 32-33

<sup>129</sup> Prop. 91 L (2010-2011) s. 346

<sup>130</sup> Jf pasrl. § 7-2

<sup>131</sup> Prop. 91 L (2010-2011) s. 187

Avlastningstiltak skal hindre overbelastning, gje omsorgsytar nødvendig fritid, og moglegheit til å delta i fritidsaktivitetar.<sup>132</sup> Tiltaka skal vere ei del av eit heilskapleg tenestetilbod, og sørge for at den tenesta som blir ytt er fagleg forsvarleg.<sup>133</sup>

### 6.6.2 Omsorgslønn

Kommunen pliktar etter helse- og omsorgstenestelova § 3-6 å ha tilbod om omsorgslønn til personar som har ”særlig tyngende omsorgsarbeid”. Regelen rettar seg ikkje berre mot pasienten sin næraste pårørande, men ”personer” som har særlig tyngande omsorgsarbeid. Det er altså ikkje ei avgrensing av kven som kan få innvilga omsorgslønn.

Føresegna pålegg kommunane å ha ei ordning for omsorgslønn. Spørsmålet er om det kan oppstillast eit rettskrav for pårørande å motta omsorgslønn.

Vilkåret er ”særlig tyngende arbeid”. Ordlyden talar for ein høg terskel, og ei skjønnsmessig vurdering underlagt forvaltninga sitt frie skjønn.<sup>134</sup> Spørsmålet om tildeling av omsorgslønn har vore oppe i Høgsterett i Tolga-dommen.<sup>135</sup> Sjølv om tvisten vart løyst etter den no oppheva sosialtenestelova § 4-2 bokstav e, vil den likevel vere relevant, då § 3-6 er ei vidareføring av denne føresegna.<sup>136</sup> Retten uttalte i dommen at tildelinga av omsorgslønn baserer seg på ei skjønnsmessig vurdering, der tyngda av omsorgsarbeidet og kommunen sin økonomi er dei mest sentrale faktorane.<sup>137</sup>

Ut frå dette er retten til omsorgslønn ikkje eit rettskrav for personar som yter omsorg til pleietrengande familiemedlemmer. Læra om myndigheitsmisbruk<sup>138</sup> setter likevel skrankar for forvaltningsskjønnet, og inneber ei avgrensing for forvaltninga mot å ta utanforliggande omsyn, usaklig forskjellsbehandling og sterkt urimelige avgjersler.<sup>139</sup> Det kan argumenterast for at dersom hjelpebehovet for ein pleietrengande dekkast av ein privat omsorgsyter, vil det vere

---

<sup>132</sup> Prop. 91 L (2010-2011) s. 187

<sup>133</sup> Bøckmann/Kjellehold (2010) s. 302

<sup>134</sup> Prop. 91 L (2010-2011) s. 151 og 195

<sup>135</sup> Rt. 1997 s. 877

<sup>136</sup> Prop. 91 L (2010-2011) s. 492

<sup>137</sup> Rt. 1997 s. 877 s. 882

<sup>138</sup> Anerkjent i norsk forvaltningsrett, men Eckhoff/Smith bruker omgrepet myndighetsoverskridelse, jf Eckhoff/Smith (2010) s. 427

<sup>139</sup> Eckhoff/Smith (2010) s. 405-426

openbert urimeleg å ikkje yte omsorgslønn til vedkommande.<sup>140</sup> Dersom kommunen si avgjerse om ikkje å tildele omsorgslønn eller ei avgrensa tildeling verkar sterkt urimelig, kan dette skjønnet overprøvast av Fylkesmannen,<sup>141</sup> og vidare domstolane.<sup>142</sup> Det skal derimot etter gjeldande rettspraksis ein del til for at domstolane underkjenner eit forvaltningsvedtak som urimelig. Dette la Høgsterett blant anna til grunn i Rt. 1997 s. 1784, kor førstvoterande på s. 1795 uttaler at "[d]et skal svært mye til for å sette et forvaltningsvedtak til side alene på det grunnlag at vedtaket er grovt urimelig".

Omfanget av omsorgslønna vil i stor grad bli påverka av kommunen sin økonomi, og såleis kan ein få til dels store regionale forskjellar frå kommune til kommune. Dette strider med formålsføresegna i bl.a. pasient- og brukarrettslova § 1-1: lova skal "sikre befolkningen lik tilgang av tjenester", og elles den overordna helsepolitiske likskapstanken. Dette er blant anna formulert i St. meld. nr. 47 (2008-2009) på side 14: "Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted, skal fortsatt være den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen." Ei regional utjamning kan difor vere ønskjeleg, noko blant anna Kaasa-utvalet<sup>143</sup> drøfta i si utgreiing, som eg kjem nærare inn på under punkt 8.

### 6.6.3 Støtte til pårørande

Problemstillinga i det følgjande er kva tiltak som kan setjast i verk dersom pårørande er i ein psykisk belastande situasjon. Spørsmålet er kva helsetenestene kan gjere her, og kva næraste pårørande kan ha rett på. Under dette punktet skal tiltak *utover* avlastningstiltak og omsorgslønn vurderast.

Støtte til pårørande er vektlagt i offentlege dokument, men per i dag er det ikkje lovfesta.<sup>144</sup> Noko rettskrav på støttetiltak kan difor ikkje oppstillast.

---

<sup>140</sup> Bøckmann/Kjelle vold (2010) s. 303

<sup>141</sup> Jf Helse- og omsorgstenestelova § 12-3

<sup>142</sup> Sjø bl.a. Mortvedt-saken (Rt. 1951 s. 19) kor Høgsterett omgjorde forvaltningsvedtak som blei karakterisert som "så urimelig og så stridende mot alminnelig samfunnsoppfatning" at dei måtte sjåast på som rettsstridig, jf s. 24.

<sup>143</sup> NOU 2011:17

<sup>144</sup> Kjelle vold (2011) punkt 3

I NOU 2011:17 (Kaasa-utvalet) anbefalast det å lovfeste pårørandestøtte i kommunane med tiltak utover økonomisk kompensasjon, slik at deira helse òg blir varetatt slik at ein unngår slitasje og førebyggjer skade. Av tiltaka som er nemnde i utredinga er sosiale nettverk for pårørande, deltaking i fritidsaktivitetar for å motverke isolasjon og einsemd, samt andre støttetiltak og førebyggjande tiltak som den pårørande tilbydast.<sup>145</sup>

Særleg viktig er det med tiltak retta mot pårørande som yter den daglege omsorga for pasienten, i form av lønna omsorgsarbeid. I mange tilfeller er dette ei god løysing for pasienten, som ynskjer hjelp av pårørande, og helsetenestene, som er under økonomisk press på grunn av avgrensa midlar, samt for pårørande som ønskjer å bidra. Forsking viser derimot at pårørande som yter dagleg omsorg er meir utsette for mentale helseproblem, og det er meir vanleg med kronisk sjukdom, særleg for eldre omsorgsgjevarar kor arbeidet kan vere ei byrde som verker negativt.<sup>146</sup>

I ei melding til Stortinget<sup>147</sup> kom Regjeringa med fleire konkrete forslag som ledd i ei styrking innafor pårørandeomsorg. Meldinga inneheld eit program for ei aktiv og framtidsretta pårørandepolitikk som skal synleggjere, anerkjenne og støtte pårørande som står i krevjande omsorgsoppgåver.<sup>148</sup> Konkrete tiltak som oppretting av Pårørandeskular i kommunane er ledd i den samla Omsorgsplan 2015, ein plan Regjeringa har utarbeida for å møte eit stadig aukande behov for helsetenester. Regjeringa understrekar viktigheita av at omsorgstenestene samarbeidar med pårørande og finn ut kva støtte og informasjon dei har behov for.<sup>149</sup>

Det er likevel ikkje noko lovfesta rett til støtte for pårørande etter helselovgjevingane. Ut frå dei utfordringane som helsevesenet står ovanfor i framtida, vil ei slik regulering kunne slå ut positivt både for pårørande og helsetenestene. Ei auka rettsleggjing på dette området er difor noko å jobbe for.

---

<sup>145</sup> NOU 2011: 17 s. 91-92

<sup>146</sup> NOU 2011: 17 s. 82

<sup>147</sup> Meld. St. 29 (2012-2013)

<sup>148</sup> Meld. St. 29 (2012-2013) s. 61

<sup>149</sup> Meld. St. 29 (2012-2013) s. 61



## 6.7 Klagerett

Tradisjonelt har det ikkje vore nokon generell tilgang til å klage på feilbehandling eller uforsvarleg behandling i norsk helsevesen.<sup>150</sup> I seinare år har det derimot kome ulike ordningar for klage, og seinast 1. januar 2014 vart det verksett lovendingar som skulle styrke pasient og pårørande si stilling i klagesaker.<sup>151</sup> Før ein ser nærare på desse endringane, skal den generelle tilgangen for næraste pårørande til å klage gjennomgåast.

Etter pasrl. § 7-2 (1) kan ”pasient (...) eller dennes representant som mener at bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3” er brote, klage til Fylkesmannen.

Klageretten omfattar for det første dersom ein meiner ein ikkje har fått den nødvendige helsehjelpa etter kapittel 2 i lova. Vidare omfattar klageretten brot på retten til medverknad og informasjon etter kapittel 3. Ein kan òg klage dersom samtykkeretten er broten etter kapittel 4. Føresegna i § 5-1 omhandlar retten til innsyn i journal, og §§ 6-1 og 6-2 gjeld barns særlege rettar.

Klageretten inneber at dersom pasienten får medhald, blir den avgjersla det klagast over omgjort.<sup>152</sup>

Det er pasient eller ”dennes representant” som er gitt klagerett etter § 7-2 (1). Kven som er pasientens representant er nærare regulert av føresegnas fjerde ledd.

Næraste pårørande kan etter § 7-2 (4) gjevast rett til å klage på vegne av pasienten gjennom fullmakt frå pasienten. Utover dette er det den som har samtykkekompetanse på vegne av pasienten etter lovas kapittel 4 som er ”pasientens (...) representant”, jf § 7-2 (4). Personar med slik kompetanse er foreldre til pasientar under 16 år, samt foreldre til pasientar mellom 16 og 18 år utan samtykkekompetanse, jf høvesvis pasrl. § 4-4 og § 4-5. Vidare kan verje samtykke på vegne av pasient som er fråteken rettsleg handleemne på det personlege området etter verjemålslova § 22 (3), jf pasrl. § 4-7.

---

<sup>150</sup> Kjønstad (2013) s. 50

<sup>151</sup> Prop. 100 L (2012-2013), jf Lovvedtak 64 (2012-2013)

<sup>152</sup> Molven (2012) s. 389

Ei særleg problemstilling reiser seg for pasientar over 18 år utan samtykkekompetanse. Spørsmålet er kven som har klagerett for denne pasientgruppa. Regelen i pasrl. § 7-2 viser til at den som har samtykkekompetanse etter kapittel 4, òg har klagerett på vegne av pasienten, jf § 7-2 første, jf fjerde ledd. Tidlegare hadde som nemnd pårørande samtykkekompetanse på vegne av pasienten etter pasrl. § 4-6. Etter lovendring i kraft i 2008<sup>153</sup> er det no helsepersonell som skal ta avgjerslene på vegne av pasientar utan samtykkekompetanse. Dermed har ikkje pårørande klagerett på dette grunnlaget. Ettersom det er helsepersonell som skal oppfylle pasienten sine rettar etter pasient- og brukarrettslova, er det lite praktisk at dei på vegne av pasienten klagar på manglande oppfylling. Ein kan nærast tenkje seg eit spørsmål om habilitet her: Dersom helsepersonell skulle vere pasientens representant ville dette innebære at vedkommande måtte påklage eigen handlemåte.<sup>154</sup>

For pasientar over 18 år utan samtykkekompetanse, er det dermed i utgangspunktet berre verje som er oppnemnd fordi pasienten er fråteken rettsleg handleemne etter pasrl. § 4-7 som kan klage. Her er det likevel ei stor pasientgruppe som fell utanfor, då mange av desse ikkje har fått oppnemnd noko verje. Den opphavlege tanken i regelverket var at pårørande skulle få klagerett i desse tilfella, men ved lovendring er det no dårleg samsvar mellom § 7-2 og § 4-6.

Spørsmålet er om det er grunnlag for å tolke § 7-2 (4) utvidande slik at næraste pårørande kan vere representant for pasient som manglar samtykkekompetanse.

Eit mogleg grunnlag for dette er å sjå på liknande føresegn: Etter § 7-4 kan næraste pårørande be om tilsynssak dersom pasienten er over 18 år og utan samtykkekompetanse. Dette skal gjennomgåast nærare nedanfor, men av betydning her er nylege lovendingar kor næraste pårørande har fått presisert retten til å be om tilsynssak. I lovførearbeida til endringane uttalte departementet at næraste pårørande allereie er i ei særstilling i visse samanhengar, då desse skal informerast om avgjersler om manglande samtykkekompetanse etter § 4-3 og gjevast rett til uttale etter § 4-6. Av omsyn til tilliten til helse- og omsorgstenestene og tilsynsmyndigheitene bør pårørande òg ha rett til å be om tilsynssak.<sup>155</sup> Dei same omsyna gjer seg gjeldande for klagesaker. Pasientar utan samtykkekompetanse vil stå i ei særleg utsett stilling dersom ingen på vegne av dei kan gå til klagesak for å få oppfylt manglande rettar, føreset at det ikkje er

<sup>153</sup> Lov av 22. desember 2006 nr. 99 (i kraft 1. mai 2008, jf res. 4. april 2008 nr. 323)

<sup>154</sup> Østenstad (2011) s. 363: Ettersom forvaltningslova i utgangspunktet ikkje kjem til bruk ved avgjersler etter pasrl, jf. pasrl. § 2-7, må det her vere tale om eit ulovfesta habilitetskrav

<sup>155</sup> Prop. 100 L (2012-2013) s. 23

oppnemnd verje. På mange måtar vil det å kunne klage når eins rettar ikkje er oppfylde vere viktigare enn å be om tilsynssak.

På den andre sida kan utvidinga av lovteksten føre til ei auka mengde klagesaker. Men ettersom den opphavlege lovteksten meinte å opne for at pårørande hadde ein slik rett, kan eit slikt motargument ikkje føre fram. Det er ikkje noko av lovførearbeida som tyder på at ein ønska å avskjere pårørande sin klagemoglegheit for pasient utan samtykkekompetanse. Grunngevinga for å endre avgjerslekompetansen frå pårørande til helsepersonell, var å flytte ansvaret og belastninga ved å ta vanskelege avgjersler.<sup>156</sup> Det same omsynet kan i liten grad grunnje å avskjere pårørande sin rett til å klage. Ut frå dette bør det opnast for at næraste pårørande på vegne av pasient under 18 år utan samtykkekompetanse kan klage etter § 7-2 første, jf fjerde ledd. Same standpunkt tok Østenstad i si bok frå 2011.<sup>157</sup> Han grunnjev dette standpunktet ut frå ei utvidande tolking av dågjeldande pasrl. § 7-1 tredje ledd (dagens § 7-2 fjerde ledd), basert på dei sterke rettstryggleiksmessige omsyna som gjer seg gjeldande.

Ut frå dette kan næraste pårørande reknast som pasientens representant etter ei utvidande tolking av § 7-2 fjerde ledd, og dermed kan vedkommande klage på vegne av myndig pasient utan samtykkekompetanse, jf § 7-2 første ledd.

Det kan òg klagast i saker der omgjering er umogleg. Etter pasrl. § 7-4 (1) kan

”pasient (...) eller andre som har rett til det, (...) be tilsynsmyndigheten om en vurdering dersom vedkommende mener bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven [og] helse- og omsorgstjenesteloven (...) er brutt til ulempe for seg eller den hun eller han opptrer på vegne av. *Tilsvarende rett gjelder for nærmeste pårørende til avdød pasient (...) og for nærmeste pårørende til pasient (...) over 18 år uten samtykkekompetanse*” (mine kursiveringar)

I lovforarbeida er det lagt til grunn at ”andre som har rett til det” inkluderar pårørande, jf Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 139. Ved dei nye endringar har dette vorte snevra inn noko, då det i Prop. 100 L (2012-2013) blir lagt til grunn at det er pasientens representant som på vegne av pasienten kan be om tilsynssak.<sup>158</sup> Det vil seie den som har fullmakt til å representere

---

<sup>156</sup> Ot. prp. nr. 64 (2005-2006) s. 15 flg.

<sup>157</sup> Østenstad (2011) s. 363-364

<sup>158</sup> Prop. 100 L (2012-2013) s. 10-11 og s. 23

pasienten, eller som har samtykkekompetanse på vegne av pasienten etter pasient- og brukarrettslova kapittel 4.

Vidare følgjer det av § 7-4 (1) at næraste pårørande har ei sjølvstendig rett til å be om tilsynssak, dersom pasienten er død eller over 18 år og ikkje har samtykkekompetanse, jf siste punktum. Regelen vart tatt inn i føresegna ved lovendring verksett 1. januar 2014, og grunngevinga for ein slik regel var å presisere pårørande sin rett å be om tilsynssak.<sup>159</sup>

Tilsynssaker er sett på som eit forhold mellom tilsynsmyndigheit (Fylkesmannen/Statens Helsetilsyn) og helsepersonellet/helse- og omsorgstenesta.<sup>160</sup> Verken pasient eller pårørande på pasientens vegne er gitt partsstatus i tilsynssaker. For pårørande som til dømes har mista sin næraste på grunn av svikt frå helsepersonellet, vil dette kunne framstå som noko rart, då partsstatus inneber særskilte rettar.

Gjennom utredinga i Prop. 100 L (2012-2013) vart det foreslått lovendingar som skulle styrke pasient og pårørande si stilling i tilsynssaker. Lovendingane inneber ei lovfesting av innsyns- og uttaleretten til pasient og pårørande i tilsynssaker som behandlast av Fylkesmannen og i saker kor Statens Helsetilsyn mottok varsel om alvorlege hendingar etter spesialisthelsetenestelova § 3-3a.<sup>161</sup>

Når det gjeld klagesaker etter pasient- og brukarrettslova er pasienten (eventuelt pårørande) part i saka. Lova regulerer rettane til pasienten og pårørande, og etter forvaltningslova § 2 (1) er ein part i saka den ”en avgjørelse retter seg mot eller som saken ellers direkte gjelder”, jf bokstav e. Same gjeld pasient og pårørande sin status i pasientskadeerstatningssaker, kor det følgjer av pasientskadelova<sup>162</sup> § 2 at ”pasienten og andre som har lidit tap på grunn av pasientskade, har krav på erstatning” etter nærare fastsette vilkår i føresegna.

---

<sup>159</sup> Prop. 100 L (2012-2013) s. 23-24

<sup>160</sup> Prop. 100 L (2012-2013) s. 10

<sup>161</sup> Sjå bl.a. pasrl. § 7-4a, kor det følgjer av tredje ledd ei rett til informasjon og uttale i tilsynssak, samt rett til underretning om resultatet av tilsynssaka etter fjerde ledd.

<sup>162</sup> Lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv.

## 7. MOTSETNADSFORHOLD MELLOM PASIENT OG NÆRASTE PÅRØRANDE

Spørsmålet i det følgjande er korleis helsepersonell løyser usemje mellom pasient og pårørande ved avgjersler knyt til helsehjelp.

Dersom pasienten er samtykkekompetent er dette eit relativt enkelt spørsmål – pasienten sin autonomi står sterkt, og det er pasienten sjølv som bestemmer, uavhengig av pårørande sine meiningar.

Det som byr på meir tvil for helsepersonell, er dersom det er motstrid mellom pasient og pårørande når pasienten ikkje er samtykkekompetent. Etter § 4-6 kan helsepersonell ta avgjersler om helsehjelp, og pårørande har uttalerett, så lenge ikkje pasienten motset seg helsehjelpa, jf tredje ledd. Motset pasienten seg helsehjelpa, er det ikkje relevant kva pårørande seier, ein har ikkje heimel for å gje helsehjelp etter denne føresegna.

Pasientar som ikkje er samtykkekompetente og motset seg helsehjelpa kan derimot gjevast helsehjelp etter pasient- og brukarrettslova kapittel 4A etter nærare vilkår, jf § 4A-3.

Det skal før vedtak blir treft innhentast informasjon frå pasientens næraste pårørande ”om hva pasienten ville ha ønsket”, jf § 4A-5. Det sentrale her er *kva pasienten ville ha ønska* dersom han kunne ha gitt uttrykk for det. Om pårørande er ueinig i dette er ikkje relevant i denne samanhengen, men kan få betydning dersom pårørande grunna dette unnlét å gje uttrykk for pasientens ønskje.

Sjølv om pasienten ikkje er samtykkekompetent, skal ei grunnleggande respekt for menneskeverdet og pasienten sin eigen sjølvbestemmingsrett leggjast til grunn for helsehjelpa, jf pasrl. § 4A-1 (2).

Eit anna døme på motsetnadsforhold mellom pasient og pårørande kan vere ved tvangsinnlegging eller tvungen tilbakehald av demente pasientar i institusjon.<sup>163</sup> Pårørande som har tatt på seg omfattande omsorgsoppgåver ovanfor til dømes ein dement ektefelle, kan ha

---

<sup>163</sup> Østenstad (2011) s. 489-490

behov for avlastning, gjerne i form av korttidsopphald eller lengre opphald på ein sjukeheim. Dersom pasienten er ueinig i dette, står pasienten, dersom han ikkje er i stand til det sjølv, i praksis utan nokon som kan fremje klagesak på dette, då pårørande er nærast til å fremje ei slik sak etter § 7-2, jf drøftinga ovanfor. Og ettersom pårørande både har behov for og ønskje om avlastning, vil ei slik klage sjeldan kome frå vedkommande. Ei mogleg løysing på dette kan vere å ikkje stille for høge krav til klagen, slik at pasienten, sjølv om denne er mentalt redusert, kan klage dersom han har ei form for forståing for kva dette vil seie.<sup>164</sup>

Sjølv når pasienten er samtykkekompetent kan motsetnadsforhold gjere seg gjeldande. Døme på dette kan vere pasientar som har forsøkt å ta sitt eige liv og som er under behandling for sjølv mordstankar. Ein føreset her at pasienten ikkje er underlagt tvungen psykisk helsevern – det er tale om behandling *etter* akuttfasen. Her har pårørande i utgangspunktet liten tilgang til pasientens sjukdomshistorie, ettersom helsepersonell er bunden av teieplikta.<sup>165</sup> For at pårørande skal ha rett til informasjon må pasienten samtykke,<sup>166</sup> og eit slikt samtykke blir gjerne ikkje gitt fordi slike lidingar ofte er forbunden med skam. Pårørande vil gjerne ha eit stort behov for informasjon og å bli inkluderte i behandlingsopplegget, både for å vareta pasienten, men òg for å kunne meistre livet med ein som er psykisk sjuk. Likevel vil og må teieplikta vege tungt i slike tilfeller. Det er viktig at pasientane har tillitt til dei som skal behandle vedkommande, særleg sidan mykje av behandlinga føregår gjennom samtaleterapi. Signal frå pårørandegrupper innan psykisk helsevern er at ein må legge til rette for auka pårørandeinvolvering. Men her er det ikkje nokon enkel løysing.<sup>167</sup>

---

<sup>164</sup> Østenstad (2011) s. 490

<sup>165</sup> Jf helsepersonellova § 21

<sup>166</sup> Jf helsepersonellova § 22 (1) og pasrl. § 3-3 (1)

<sup>167</sup> Dømet er inspirert av NRK sin artikkel frå 20. mars 2014

## 8. VURDERING AV NÆRASTE PÅRØRANDE SINE RETTET

Som oppgåva har vist er det stor politisk einigheit om at pårørande sine rettar er viktige, at involvering og verdsetjing av pårørande er heilt sentralt i eit heilskapleg helsetilbod, og at pårørande sine eigne behov skal møtast. Så kan ein stille spørsmålsteikn om dette i praksis er gjennomført i lovgjevinga.

Det har dei seinare åra kome lovendingar som skal bidra til å presisere og tydeleggjere pårørande sin posisjon og deira rettar. Eit døme på at dette er gjort er ved tilsynssaker i helsetilsyna, kor retten til å be om tilsynssak er presisert i lova. Det kan verke noko rart at ei lovending ikkje er gjort tilsvarande for klagesakene etter pasrl. § 7-2 kor rettssikkerheitsomsyn tilseier at behovet er minst like stort her, om ikkje større. Her er det behov for ytterligare tydeleggjering gjennom lov.

Det er òg ønskjeleg med klarare lovregulering på enkelte andre område, til dømes ved støtte til pårørande. Stortinget og Regjeringa har sendt signal gjennom blant anna Omsorgsplan 2015, kor konkrete tiltak som pårørandeskular er nemnd. Dei politiske signala er positive, men ei auka grad av lovregulering her er ønskjeleg.

I tillegg er det lite materielle rettar for pårørandeinvolvering, dei fleste regulerar prosessuelle rettar som rett til informasjon, medverknad og uttale. Tilbod som avlastningstiltak og omsorgslønn har kommunane berre ei plikt til å ha,<sup>168</sup> lovgjevinga seier ingenting om innhaldet. Det kan likevel argumenterast for eit minstekrav her. Men tiltaka er knytt til den økonomiske situasjonen og den lokalpolitiske styringa i kommunane, og dette fører til store regionale forskjellar.

Kaasa-utvalet foreslår i si utredning ei styrking av ordninga med kommunal omsorgslønn, der ein har nasjonale satsar, og såleis får ei meir jamn fordeling.<sup>169</sup> Dagens ordning ber preg av å vere stor grad av skjønn både når det gjeld om ein får tildelt omsorgslønn og utmålinga av

---

<sup>168</sup> Jf helse- og omsorgstenestelova § 3-6 og § 3-2 nr. 6 bokstav d, kor ordlyden er hhv. ”skal ha *tilbud* om omsorgslønn” og kommunen skal ”blant annet *tilby*” avlastningstiltak (mine kursiveringar)

<sup>169</sup> NOU 2011: 17 s. 7

denne.<sup>170</sup> Ei innskrenking av kommunen sitt skjønn etter offentleg regulering kan difor bidra til meir likefordeling av omsorgslønn til pårørande (og andre).

På den andre sida kan forslaget slå uheldig ut for den enkelte tenestemottakaren: Dei som allereie har eit godt tilbod, kan risikere å få mindre. Av omsyn til den enkelte kommune sin økonomiske situasjon, må satsane settast på eit overkommeleg, og mest sannsynleg lågt, nivå. Dei som har eit godt tilbod blir taparane i ei slik ordning. Det kan likevel hevdast at ei slik ordning er den beste for å sikre eit jamt, godt tilbod for fleire.

Behovet for pårørandeinvolvering vil etter alt å døme ikkje bli mindre, men heller auke. Innføringa av samhandlingsreforma<sup>171</sup> 1. januar 2012 bidrar til dette på fleire måtar: Ved å flytte meir av helsetilbodet til kommunane og nærare der folk bur, vil pårørande i større grad kunne involverast i det daglege helsetilbodet.<sup>172</sup> I tillegg legg reforma opp til større brukarmedverknad og betre samhandling som ledd i eit heilskapleg helsetilbod, kor pårørande må sjåast på som ein naturleg del. Ei av føresetnadane for at dette skal kunne fungere, er godt samarbeid med pårørande og verdsetjing av den ressursen pårørande utgjer som gruppe i norsk helserett.

---

<sup>170</sup> Prop. 91 L (2010-2011) s. 151 og 195

<sup>171</sup> St. meld. nr. 47 (2008-2009)

<sup>172</sup> St. meld. nr. 47 (2008-2009) s. 21



## 9. KJELDER

### Bøker:

Andenæs, Mads Henry (1997): *Rettskildelære*, 2. opplag, Grafisk formidling as, Bergen

Bernt, Jan Fridthjof og Rasmussen, Ørnulf (2003): *Frihagen Forvaltningsrett – Bind I*, 2. opplag, Fagbokforlaget, Bergen

Bøckmann, Kari og Kjellevoid, Alice (2010): *Pårørende i helsetjenesten – En klinisk og juridisk innføring*, Fagbokforlaget, Bergen

Eckhoff, Torstein og Smith, Eivind (2010): *Forvaltningsrett*, 9. utgave, Universitetsforlaget AS, Oslo

Kjellevoid, Alice (2013): *Retten til individuell plan og koordinator*, 4. utgave, Fagbokforlaget, Bergen

Kjønstad, Asbjørn (2013): *Helserett*, 2. utgave, 2. opplag, Gyldendal Juridisk, Oslo

Kjønstad, Asbjørn og Syse, Aslak (2010): *Velferdsrett I*, 4. utgave, 3. opplag, Gyldendal Akademisk, Oslo

Molven, Olav (2012): *Helse og jus*, 7. utgave, 1. opplag, Gyldendal Juridisk, Oslo

Syse, Aslak (2009): *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, 3. utgave, 1. opplag, Gyldendal Akademisk, Oslo

Østenstad, Bjørn Henning (2011): *Heimelspørsmål i behandling og omsorg overfor psykisk utviklingshemma og aldersdemente*, Fagbokforlaget, Bergen

Aasen, Henriette Sinding (2000): *Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling*, Fagbokforlaget, Bergen

### Artiklar:

Befring, Anne Kjersti (2004): Informasjon til pårørende, I: Tidsskrift for Den norske lægeförening, nr. 7, 972

Bernt, Jan Fridthjof (2001): *Rettsikkerhetsbegrepet og kampen om velferdsstatens verdigrunnlag*, I: Jubileumsskrift til Juss-Buss: Tvers igjennom lov til seier s. 155-173

Kjellevoid, Alice (2011): *Pårørendeinvolvering i helse- og omsorgstjenesten etter ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*, I: Forebygging.no, Helsedirektoratet (<http://www.forebygging.no/Artikler/2013-2012/Samhandlingsreformen/>)

Kjellevoid, Alice (2012): *Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester – verdivalg og rettslig regulering*, I: Tidsskrift for Erstatningsrett, forsikringsrett og velferdsrett 2012 s. 15-43

### Lover:

Kongeriget Noregs Grundlov av 17. mai 1814

Almindelig borgerlig Straffelov 22. mai 1902 nr. 10 (Straffeloven)

Lov 10 februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

Lov 13. juni 1980 nr. 42 om leger – *oppheva*

Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) – *oppheva*

Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven)

Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) – *oppheva*

Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven)

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

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

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

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

Lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)

Lov 22. desember 2006 nr. 99 om endringer i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar utan samtykkekompetanse)

Lov 26. mars 2010 nr. 9 om vergemål (vergemålsloven)

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

### Forskrifter:

Forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

### Konvensjonar:

Den europeiske menneskerettskonvensjonen av 4. november 1950 – Convention of the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms

FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettar av 16. desember 1966 – International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.

FN-konvensjonen om rettane til menneske med nedsett funksjonsevne av 13. desember 2006 – Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

### Offentlege dokument:

NOU 2004:16: Vergemål

NOU 2011:17: Når sant skal sies om pårørendeomsorg – Fra usynlig til verdsatt og inkludert

Ot. prp. nr. 1 (1979-1980): Om lov om leger og om lov om tannleger

Ot. prp. nr. 29 (1990-1991): Om lov om sosiale tjenester m.v. (sosialloven)

Ot. prp. nr. 10 (1998-1999): Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m

Ot. prp. nr. 11 (1998-1999): Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven)

Ot. prp. nr. 12 (1998-1999): Om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Ot. prp. nr. 64 (2005-2006): Om lov om endringar i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar utan samtykkekompetanse)

Ot. prp. nr. 65 (2005-2006): Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.

Ot. prp. nr. 110 (2008-2009): Om lov om vergemål (vergemålsloven)

Prop. 91 L (2010-2011): Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Prop. 100 L (2012-2013): Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (Styrking av pasienters, brukeres og pårørendes stilling m.m.)

Innst. 424 (2010-2011): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

St. meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

St. meld. 29 (2012-2013): Morgendagens omsorg

Helsedirektoratet (2008): *Pårørende – en ressurs* (Veileder IS-1512), Helsedirektoratet, Oslo

Rettspraksis:

Rt. 1951 s. 19 (Mortvedt)

Rt. 1989 s. 1363

Rt. 1990 s. 874 (Fusa)

Rt. 1993 s. 1169

Rt. 1997 s. 877 (Tolga)

Tilsynssaker:

Statens helsetilsyn – tilsynssak av 14. november 2010

<http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Advarsel-Lege-Manglende-selvmondsrisikovurdering/>

Nettressursar:

NRK nettartikkel frå 20.03.14

<http://www.nrk.no/norge/de-etterlatte-ved-selvmond-1.11610874>