
Pasientrettighetsloven – en forpliktende reform

REDAKSJONELT

ROLF HANOA

Rolf Hanoa (f. 1944) er konstituert overlege i karkirurgi. Han er tidligere professor i sosialmedisin i Tromsø, og professor i helseadministrasjon i Bergen.

Regionsykehuset i Tromsø

9038 Tromsø

Avdeling for hjerte-, lunge- og karkirurgi

Lov av 2.7. 1999 om pasientrettigheter trådte i kraft 1.1. 2001. Loven vil berøre alt helsepersonell og alle ledd i helsevesenet. Loven gir rett til helsehjelp (§ 2-1). Med hjemmel i loven er det fastsatt en ny forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp (1). Forskriften erstatter tidligere forskrift om ventetidsgaranti. Nå skal spesialisthjelp ytes ”innen den tid medisinsk forsvarlighet krever”. Det er altså ikke satt noen generell tidsfrist. Ventetidsfrist skal nå fastsettes ut fra en ”helhetsvurdering basert på medisinsk skjønn” (merknad til forskriften). Trolig vil dette muliggjøre mer rasjonell prioritering.

”Pasient som henvises til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt” (§ 2-2). Dette er en videreføring av vurderingsgarantien fra den tidligere forskrift om ventetidsgaranti. Vurderingen skjer på grunnlag av henvisningen. Ut fra denne vurderingen får pasienten time på poliklinikk eller til innleggelse. Vurderingen skal skje innen 30 virkedager. Ut fra denne vurdering og resultatet av senere undersøkelser fastsettes tidsfrist for undersøkelse og behandling (forskrift til § 2-1). Er henvisningen ufullstendig, må det innhentes supplerende opplysninger. Lovens § 2-2 svarer stort sett til dagens praksis.

Pasientrettighetsloven har en bestemmelse om rett til fornyet vurdering i spesialisthelsetjenesten etter henvisning fra allmennlege (§ 2-3). Denne rett må sees i sammenheng med retten til å velge sykehus (§ 2-4). Forhåpentlig vil retten til fornyet vurdering i enkelte tilfeller bidra til bedre behandling og til å løse pasient-lege-konflikter.

Retten til valg av sykehus er nå lovfestet (§ 2-4). ”Pasienten har rett til å velge på hvilket offentlig sykehus eller distriktpspsykiatriske senter behandlingen skal foretas.” (Gjelder ikke barne- og ungdomspsykiatri.) ”Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.” I Odelstingsproposisjon nr. 12 redegjorde departementet for dette (2): ”Primærlegen må som hovedregel rette seg etter pasientens ønske når det gjelder valg av sykehus. Pasienten kan imidlertid ikke velge en mer spesialisert behandling enn det som ligger til grunn for henvisningen.” Videre kommenterte departementet bl.a.: ”Dersom pasienten velger et sykehus i annet fylke, dekker bostedsfylket de fylkeskommunale utgiftene.” Om egne og andres pasienter uttalte departementet bl.a.: ”Sykehus kan således ikke nedprioritere pasienter bosatt i andre fylker.” Alle pasienter skal vurderes ut fra et medisinsk forsvarlig skjønn. Om statssykehusene ble det opplyst bl.a. at ”statssykehusene ikke skal unntas fra retten til fritt sykehusvalg”.

For å sikre finansiering av reise ved valg av sykehus er det fastsatt endringer i forskrift med hjemmel i folketrygdloven (3). Egenandel for reise ved valg av annet sykehus er opptil kr 200 for hver enkeltreise (gjelder f.eks. en hjertekirurgisk pasient fra Mo i Rana som ønsker operasjon på Rikshospitalet).

For at valgmuligheten skal være reell, må pasienten få informasjon fra behandlende lege om muligheten. Sykehusene må ikke administrativt avskjære valgmuligheten der den lar seg realisere. Begrepet behandlingsnivå er ofte ikke entydig. Uklarhet skapes også av at visse avdelinger ved regionsykehus både har lokal-, sentral- og regionnivå. Ønsket om valgmulighet kan delvis komme i motstrid til myndighetsbestemt monopol eller senterfunksjon for visse metoder/behandlinger. Den forestående omorganisering av norske sykehus til statlige, regionale sykehusselskaper kan være et virkemiddel til økt valgmulighet.

Pasientrettighetsloven gir pasienten rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen (§ 3-1). ”Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.” Denne medvirknings- og valgrett forutsetter at helsepersonell informerer så dekkende og balansert som mulig. Pasientens medvirkning må ikke gå utover medisinsk forsvarlighet. Det er av betydning at pasienten forstår når det foreligger et valg. Særlig viktig blir informasjonen der et av alternativene er en ny metode (f.eks. stentgraft i infrarenalt abdominalt aortaaneurisme).

”Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke” (§ 4-1). Reglene om samtykke er nærmere omtalt et annet sted i dette nummer av Tidsskriftet (4).

Loven gir dessuten pasienten rett til å nekte helsehjelp i særlig situasjoner (§ 4-9). ”Pasienten har på grunn av alvorlig overbevisning rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter eller til å nekte å avbryte en pågående sultestreik.” Helsepersonell har etter denne bestemmelse ikke rett til å gripe inn med tvangsmessig behandling, selv om pasientens nei til blod eller blodprodukter vil kunne medføre døden (5). Helsepersonell vil i en slik situasjon heller ikke være strafferettslig ansvarlige. I Stortingets sosialkomité gikk Fremskrittspartiet

imot denne retten til å nekte helsehjelp, med henvisning til de vansker helsepersonell ville få med å bedømme pasientens alvorlige overbevisning (6). Justisdepartementets lovavdeling uttalte i 1995 at hensynet til å redde liv gikk foran pasientens nei til blodoverføring (7). Det har vært noe varierende praksis i norske sykehus når det gjelder pasienter som nekter blodoverføring. Sosial- og helsedepartementet forbereder kommentarer til pasientrettighetsloven – forhåpentligvis vil disse utdype spørsmålene omkring dette.

”En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling” (§ 4-9). ”Er en døende pasient ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjennegir tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres.” I Odelstingsproposisjon nr. 12 ble det kommentert at ”pasienten kan nekte å ta imot behandling der det ikke er utsikt til helbredelse eller bedring, men bare til en viss livsforlengelse som i realiteten er en forlengelse av en pågående dødsprosess” (2). Denne problemstillingen opptrer jevnlig i norske sykehus. Nåværende praksis er stort sett i tråd med innholdet i lovbestemmelsene. Helsepersonell vil ikke være strafferettslig ansvarlige dersom pasienten dør som følge av at ovenstående lovbestemmelser praktiseres (2).

Pasientrettighetsloven har kapitler om journalinnsyn, barns rettigheter, klageadgang (4) og pasientombudsordningen – lovfestet etter en lang utvikling (8). Kjennskap til lovens ulike bestemmelser er en av mange forutsetninger for rasjonelt klinisk arbeid.

LITTERATUR

1. Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp, fastsatt 1. desember 2000.
2. Ot. prp. nr. 12 (1998 – 99).
3. Forskrift om stønad til dekning av utgifter ved reise, med endringer fastsatt 19. desember 2000.
4. Halvorsen M. Pasientrettighetsloven Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 104.
5. Syse A, i Karnov norsk kommentert lovsamling. Lov av 2. juli 1999. Oslo: Gyldendal, 1999.
6. Innst.O. nr. 91 (1998 – 99).
7. Blodoverføring mot pasientens vilje. Brev av 19. juni 1995 til Statens helsetilsyn. Oslo: Justisdepartementet, 1995.
8. Hanoa R. Veileder i sosialmedisin og helseadministrasjon. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.

Publisert: 10. januar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

