

Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer
Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

Ikke oppdatert

Heftets tittel: Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer

Utgitt: 1/2013

Bestillingsnummer: IS-5/2013

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

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

Hefte kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-5/2013

Ikke oppdatert

Forord

Spesialisthelsetjenesteloven inneholder regler om ansvar, plikter, rettigheter og organisering for alle som tilbyr eller yter spesialisthelsetjenester, offentlige som private. Loven gjelder private og offentlige tjenesteutøvere, uavhengig av om det er inngåttavtale med de regionale helseforetakene. Loven stiller krav om at alle som tilbyr eller yter spesialisthelsetjeneste skal organisere virksomheten på en forsvarlig måte.

Det stilles en rekke krav til spesialisthelsetjenesten om hvilke tjenester som skal tilbys, og hvordan tjenestetilbudet skal organiseres. Når det gjelder virksomheten til de regionale helseforetakene og helseforetakene, må loven ses i sammenheng med helseforetaksloven, som regulerer eierskap og organisering.

Spesialisthelsetjenesteloven er bare én av mange lover som regulerer ansvar, plikter, rettigheter og organisering i helse- og omsorgstjenesten. Loven må derfor også ses i sammenheng med blant annet helse- og omsorgstjenesteloven, psykisk helsevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og helsetilsynsloven.

Vi håper dette rundskrivet kan være et nyttig og praktisk arbeidsverktøy i det daglige arbeidet i spesialisthelsetjenesten og ved rådgivning og tilsyn overfor spesialisthelsetjenesten.



Bjørn Guldvog (sign.)
helsedirektør

IKKE OPPDATERT

Innhold

Forord	1
Innhold	2
Innledning	4
Bakgrunn for loven og lovens virkeområde	4
Leseveiledning.....	4
Lover	5
Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer	7
Kapittel 1 Formål og virkeområde	7
§ 1-1 Lovens formål.....	7
§ 1-2 Lovens virkeområde	7
Kapittel 2 Ansvarsfordeling og generelle oppgaver	8
§ 2-1 Statens ansvar for spesialisthelsetjenester.....	8
§ 2-1 a De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester	10
§ 2-1 b Beredskapsplan	16
§ 2-1 c Bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner.....	17
§ 2-1 d Det regionale helseforetakets adgang til å disponere helsepersonell i enkelte akutte situasjoner.....	17
§ 2-1 e Samhandling og samarbeid	18
§ 2-2 Plikt til forsvarlighet	19
§ 2-3 Departementets bestemmelser om nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og markedsføring av spesialisthelsetjenester	21
§ 2-4 Ventelisteregistrering.....	22
§ 2-5 Individuell plan	23
§ 2-5 a Koordinator	25
§ 2-5 b Koordinerende enhet.....	26
§ 2-6 Utskrivningsklare pasienter	27
Kapittel 3 Særlige plikter og oppgaver	28
§ 3-1 Øyeblikkelig hjelp	28
§ 3-2 Journal- og informasjonssystemer.....	29
§ 3-2 a Plikt til bevaring, kassasjon og avlevering av pasientarkiv	32
§ 3-3 Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	33
§ 3-3 a Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser	34
§ 3-4 Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg.....	35
§ 3-4 a Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	36
§ 3-5 Om deltakelse i undervisning og opplæring	37
§ 3-6 Særlige plikter i forbindelse med barns institusjonsopphold.....	37
§ 3-7 a Om barneansvarlig personell mv.	38
§ 3-8 Sykehusenes oppgaver.....	39
§ 3-9 Ledelse i sykehus.....	40
§ 3-10 Opplæring, etterutdanning og videreutdanning	41
§ 3-11 Om informasjon	42
§ 3-12 Henvvisning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten.....	43
§ 3-13 Varsel til tilsynsmyndigheten	44

§ 3-14	Adgang til tilbakeføring ved rømming fra behandling for rusmiddelavhengighet m.m.	45
§ 3-15	Varsel til kommunen ved utskrivning	46
§ 3-16		47
§ 3-17	Politiattest	48
Kapittel 4 Godkjenning av helseinstitusjoner og helsetjenester. Legefordeling		49
§ 4-1	Godkjenning av helseinstitusjoner og helsetjenester	49
§ 4-2	Legefordeling	50
Kapittel 5 Finansiering		52
§ 5-1	Pasientens bostedsregion	52
§ 5-2	Refusjonskrav mot det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion	54
§ 5-3	Dekning av utgifter for pasient som ikke har bosted i riket	55
§ 5-4	Dekning av utgifter til kontrollkommisjonenes virksomhet	56
§ 5-5	Pasienters egenbetaling	57
§ 5-6	Innhenting av driftsopplysninger	58
Kapittel 6 Taushetsplikt, opplysningsplikt og veiledningsplikt		58
§ 6-1	Taushetsplikt	58
§ 6-2	Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen	59
§ 6-3	Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten	61
§ 6-4	Bistand fra politiet	62
Kapittel 7 Forskjellige bestemmelser		63
§ 7-1	Pålegg	63
§ 7-2	Tvangsmulkt	64
§ 7-3	Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer	64
Kapittel 8 Ikrafttredelse, overgangsbestemmelser, endringer i andre lover m.m.		66
§ 8-1	Oppfyllelse av internasjonal overenskomst	66
§ 8-2	Ikrafttredelse	66
§ 8-3	Pasienter i privat forpleining under det psykiske helsevernet	67
§ 8-4	Endringer i andre lover	67

Innledning

Bakgrunn for loven og lovens virkeområde

Spesialisthelsetjenesteloven erstattet i 2001 lov om sykehus og de organisatoriske bestemmelsene i lov om psykisk helsevern. Spesialisthelsetjenesteloven var en videreføring og en modernisering av tidligere regelverk, men innebar også flere viktige endringer. Også andre deler av helselovgivningen ble underlagt revidering og oppdatering i 2001.

Med helseforetaksreformen i 2002 overtok staten det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Tjenesten ble organisert med fem, i dag fire, regionale helseforetak som har ansvar for å sørge for at befolkningen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. Den offentlige spesialisthelsetjenesten ble organisert som helseforetak eid av de regionale helseforetakene. Foretakene er organisatorisk og administrativt regulert av helseforetaksloven.

Ansvaret for den offentlige helse- og omsorgstjenesten er i dag delt mellom kommunene og de regionale helseforetakene. Stortinget vedtok 17. juni 2010 ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov. I den forbindelse vedtok Stortinget også en rekke viktige endringer i spesialisthelsetjenestelovgivningen. I tillegg inneholder helse- og omsorgstjenesteloven i seg selv flere forslag som indirekte har betydning for de regionale helseforetakene og helseforetakene. De fleste lovendringene trådte i kraft 1. januar 2012. Samtidig med helse- og omsorgstjenesteloven vedtok Stortinget også ny folkehelselov.

Samhandling mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten for å få til et helhetlig pasientforløp står sentralt i den nye lovgivningen. Det er blant annet innført en plikt til å inngå avtaler om oppgavefordeling og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Videre forutsettes kompetanseutveksling og kompetansebygging mellom nivåene.

Dette rundskrivet inneholder kommentarer til loven. Når det gjelder sentrale forskrifter, vises det til www.lovdatab.no og eventuelle merknader til forskriftene der.

Leseveiledning

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

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

Lover

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

Alternativ behandling	LOV 2003-06-27 nr 64: Lov om alternativ behandling av sykdom mv.
Arbeidsmiljøloven	LOV 2005-06-17 nr. 62: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.
Arkivlova	LOV 1992-12-04 nr 126: Lov om arkiv
Folkehelseloven	LOV 2011-06-24 nr 29: Lov om folkehelsearbeid
Helse- og omsorgstjenesteloven	LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
Helseberedskapsloven	LOV 2000-06-23 nr 56: Lov om helsemessig og sosial beredskap
Helseforetaksloven	LOV-2001-06-15 nr 93: Lov om helseforetak m.m.
Helsepersonelloven	LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v.
Helseregisterloven	LOV-2001-05-18 nr 24: Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger
Helsetilsynsloven	LOV 1984-03-30 nr 15: Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.
Offentlige anskaffelser	LOV-1999-07-16 nr 69: Lov om offentlige anskaffelser
Pasient- og brukerrettighetsloven	LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter
Pasientskadeloven	LOV 2001-06-15 nr. 53: Lov om erstatning ved pasientskader mv.
Psykisk helsevernloven	LOV 1999-07-02 nr 62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Smittevernloven	<u>LOV 1994-08-05 nr 55: Lov om vern mot smittsomme sykdommer</u>
Spesialisthelsetjenesteloven	<u>LOV-1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.</u>
Straffeloven	<u>LOV 1902-05-22 nr 10: Almindelig borgerlig Straffelov</u>
Tannhelsetjenesteloven	<u>LOV 1983-06-03 nr 54: Lov om tannhelsetjenesten</u>

Ikke oppdatert

Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer

Kapittel 1 Formål og virkeområde

§ 1-1 Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

1. fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning,
2. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,
3. bidra til et likeverdig tjenestetilbud,
4. bidra til at ressursene utnyttes best mulig,
5. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og
6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.

Kommentarer til § 1-1:

Bestemmelsen gir overordnede mål og verdier for samtlige tjenester som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven. Målene gir viktige holdepunkter for hvordan lovens bestemmelser skal forstås og anvendes.

Merk at bestemmelsen innledes med: «*Lovens formål er særlig å:*» Ordet særlig angir både tyngden i de formulerte målene, men også at de nevnte mål og verdier ikke er uttømmende.

Som eksempler på viktige og anerkjente mål som ikke er kommet til uttrykk i bestemmelsen, kan nevnes brukerinnflytelse, rettssikkerhet og stimulering av rekrutteringen av personell til spesialisthelsetjenesten. Det er også understreket i forarbeidene at pleie, omsorg og forebygging ikke er primæroppgaver for spesialisthelsetjenesten, men det forutsettes likevel at spesialisthelsetjenesten yter pleie og omsorg i forbindelse med behandlingen av den enkelte pasient. Likeledes forutsettes at kompetansen benyttes til forebyggende arbeid. Det vises i denne sammenheng til § 2-1 a hvor spesialisthelsetjenestens ansvar for forebygging fremgår.

§ 1-2 Lovens virkeområde

Loven gjelder for spesialisthelsetjenester som tilbys eller ytes i riket av staten og private, når ikke annet følger av de enkelte bestemmelser i loven.

Departementet kan ved forskrift eller i det enkelte tilfelle bestemme hva som er spesialisthelsetjeneste.

Kongen gir forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold. Kongen kan bestemme om og i hvilken utstrekning bestemmelser som er gitt i denne lov skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk, og på installasjoner og fartøy i arbeid på norsk kontinentalsokkel.

Kommentarer til § 1-2:

Loven gjelder spesialister og virksomhet som i loven tilbyr eller yter spesialisthelsetjenester. Den gjelder derfor både den offentlige og den private delen av spesialisthelsetjenesten, uavhengig av hvordan tjenesten er organisert eller finansiert.

Begrepet spesialisthelsetjeneste er viktig ikke bare for fastsettingen av hvilket ansvar som tilligger de regionale helseforetakene og lovens saklige virkeområde, men også for avgrensningen mot andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Begrepet svarer ikke til et presist medisinsk begrep. I hovedsak omfattes helsetjenester som krever tilgang til spesialisert kunnskap og ressurser, og som det ut fra faglige og økonomiske hensyn er hensiktsmessig å ha et samlet ansvar for i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenester kan derfor sies å være et samlebegrep på den type helsetjenester man ikke har funnet det hensiktsmessig å legge ansvaret for på det kommunale nivået. Hva som er hensiktsmessig i denne sammenheng, vil kunne forandre seg over tid, både på grunn av den medisinske utviklingen og endringer i organiseringen av helse- og omsorgstjenestene. Begrepet må ses i sammenheng med den faktiske oppgavefordelingen mellom helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det vil alltid være noe overlapp mellom helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten for å få til et helhetlig pasientforløp.

I første ledd presiseres det at loven gjelder spesialisthelsetjenester som «*tilbys eller ytes*» av staten og private. I dette ligger at reglene ikke bare kommer til anvendelse når det faktisk skjer ytelse av spesialisthelsetjenester. Straks en tjeneste tilbys til pasienter, skal den tilfredsstillende de krav som følger av loven.

I annet ledd er det tatt inn en bestemmelse som gir departementet hjemmel til ved forskrift eller i det enkelte tilfelle å bestemme hva som er spesialisthelsetjeneste. Det er ikke fastsatt noen forskrift på dette området i dag, og det foreligger ingen avgjørelse som endrer forståelsen av lovens virkeområde.

Loven gjelder i Norge, på Svalbard og på Jan Mayen. Kongen kan gi forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen. Det er ikke gitt slike forskrifter.

Kapittel 2 Ansvarsfordeling og generelle oppgaver

§ 2-1 Statens ansvar for spesialisthelsetjenester

Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste.

Kommentarer til § 2-1:

Staten overtok eierskapet til sykehusene og ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra 2002. Formålet med overtakelsen var å legge grunnlaget for en helhetlig styring av sykehusene og den øvrige del av spesialisthelsetjenesten. Staten har organisert tjenesten med opprettelse av regionale helseforetak, som skal ivareta ansvaret for spesialisthelsetjenester overfor befolkningen, det såkalte sørge-for-ansvaret, jf. helseforetaksloven.

Statens overordnede ansvar innebærer blant annet å sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle sine plikter til å sørge for spesialisthelsetjeneste til befolkningen innen

sine helseregioner. Helse- og omsorgsdepartementet ivaretar statens ansvar. Ansvaret utøves gjennom eierrollen, ved å fastsette de overordnede helsepolitiske målsettingene og ved å gi de regionale helseforetakene rammebetingelser som gjør det mulig for dem å iverksette vedtatt politikk. Staten har også ansvaret for at de regionale helseforetakene faktisk oppfyller sine forpliktelser.

Som eier styrer Helse- og omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene gjennom foretaksmøte. De regionale helseforetakene styrer likeledes helseforetakene gjennom foretaksmøte. Eierstyringen kan enten skje gjennom fastsettelse av vedtekter, oppnevning av styremedlemmer eller gjennom enkeltstående vedtak i foretaksmøte.

[Helseforetaksloven § 16 annet ledd](#) hjemler departementets mulighet til å stille vilkår til de regionale helseforetakene når de tilføres ressurser. Dette gjøres i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Disse utarbeides en gang årlig, og sendes til de regionale helseforetakene etter Stortingets budsjettvedtak i slutten av desember.

De regionale helseforetakene rapporterer på oppdragsdokumentets krav til departementet innen den 1. mars året etter dokumentets gyldighetsperiode, jf. [helseforetaksloven, § 34](#).

Les mer om departementets styring av de regionale helseforetakene på www.regjeringen.no¹ og i [Prop. 120 L \(2011-2012\)](#) Endringer i helseforetaksloven mv., særlig kap. 3.

¹ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/departementets-eierstyring-av-de-regiona.html?id=226148>

§ 2-1 a De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester²

Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder

1. sykehustjenester,
2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester,
3. akuttmedisinsk beredskap,
4. medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt,
5. tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4,
6. transport til undersøkelse eller behandling i helse- og omsorgstjenesten og
7. transport av behandlingspersonell.

Det regionale helseforetaket skal sørge for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene til sin virksomhet, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade.

De regionale helseforetakenes ansvar etter første ledd innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

De regionale helseforetakene skal peke ut institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4.

Det regionale helseforetaket plikter å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen.

Tjenester som nevnt i første ledd kan ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til tjenester som omfattes av denne loven.

Kommentarer til § 2-1 a:

Første ledd. Sørge-for-ansvaret i første ledd innebærer at de regionale helseforetakene har ansvar for at befolkningen får den spesialisthelsetjeneste de har krav på. Helseforetakene er ansvarlige for at tjenestene de yter er forsvarlige. Som eier av helseforetakene vil også de regionale helseforetakene kunne stilles til ansvar både for manglende oppfyllelse og for

² Forskrifter med hjemmel i § 2-1 a:

[2000.12.01 nr 1276](#): (HOD) Forskrift om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet.

[2000.12.20 nr 1556](#): (HOD) Forskrift om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helsetjenestens kommunikasjonsberedskap.

[2002.12.20 nr 1731](#): (HOD) Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

[2003.12.19 nr 1728](#): (HOD) Forskrift om dekning av utgifter til transport av helsepersonell m.m. i forbindelse med reise for å foreta undersøkelse eller behandling.

[2003.12.19 nr 1755](#): (HOD) Forskrift om dekning av reise- og oppholdsutgifter ved ambulant kjeveortopedtjeneste i Nord-Norge.

[2004.02.17 nr 0408](#): (HOD) Forskrift om samordning av ambulansébåttjenesten med syketransport og transport av helsepersonell med båt.

[2005.03.18 nr 0252](#): (HOD) Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

[2005.06.17 nr 0610](#): (HOD) Forskrift om smittevern i helsetjenesten

[2007.12.19 nr 1761](#): (HOD) Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak

[2008.04.03 nr 0320](#): (HOD) Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

[2010.12.17 nr 1706](#): (HOD) Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

[2011.12.16 nr 1256](#): (HOD) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

svikt/uforsvarlighet. Det samme gjelder dersom de regionale helseforetakene inngår avtale med private tjenesteutøvere. Private tjenesteutøvere vil være ansvarlige for at de tjenester de yter er forsvarlige. De regionale helseforetakene vil kunne stilles til ansvar for manglende oppfyllelse av sine forpliktelser, dersom de tjenester som ytes av private tjenesteutøvere, som det er inngått avtale med, ikke er forsvarlige.

Det nærmere innholdet i sørge-for-ansvaret bestemmes i stor grad av faglige krav og lovkrav forankret utenfor spesialisthelsetjenesteloven. Pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften har stor betydning i vurderingen av hvilket ansvar og plikter de regionale helseforetakene har. Sørge-for-ansvaret vil kunne endre seg over tid på grunnlag av faglig utvikling og helsepolitiske mål.

De regionale helseforetakene har ansvar for at det innenfor rammen av tildelte ressurser gis faglig forsvarlige helsetjenester som dekker behovet til befolkningen i regionen. De regionale helseforetakene skal sørge for at de alminnelige prinsippene for prioritering av helsetjenester følges i spesialisthelsetjenesten.

Det stilles krav til behovsanalyser og planlegging for å sikre befolkningens rett til forsvarlige spesialisthelsetjenester. Ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester gjelder ikke bare den til enhver tid gjeldende situasjon. De regionale helseforetakene skal i samarbeid med egne helseforetak, kommuner og brukerorganisasjoner planlegge og utvikle tilbudet på lang sikt. I medhold av [helseforetaksloven § 34](#) skal det utarbeides plan for virksomheten og årlig melding.

Nasjonale kompetansetjenester for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger skal ivareta oppgaver som går fram av forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten.

Første ledd nr. 1 nevner sykehustjenester spesielt fordi dette er en av de sentrale oppgavene for de regionale helseforetakene. Det legges til grunn at sykehustjenester omfatter medisinsk undersøkelse og behandling som tilrettelegges slik at pasienten kan beholdes over natten dersom dette er ønskelig eller nødvendig av medisinske grunner. Sykehus vil i tillegg kunne omfatte poliklinikk, dersom denne er en integrert del av sykehuset. Sykehusenes særlige oppgaver omtales nærmere under § 3-8.

Første ledd nr. 2. Laboratorietjenester er virksomhet som analyserer prøver og utfører diagnostiske undersøkelser på pasienter. Prøvene kan være sendt fra lege, eller tatt av pasienten i laboratoriet etter henvisning fra lege. Radiologiske tjenester består av ulike former for billeddiagnostikk, bl.a. konvensjonell røntgen, CT, MR og ultralyd. Det er en rekke private tjenesteutøvere innen denne delen av tjenesten. I tillegg til avtale med de regionale helseforetakene kreves godkjenning for drift av privat laboratorie- og røntgenvirksomhet utenfor sykehus. Det er Helse- og omsorgsdepartementet som er godkjenningsmyndighet, men oppgaven er delegert til Helsedirektoratet. Se § 4-1.

Første ledd nr. 3. Med akuttmedisinsk beredskap forstås organiseringen av hele den akuttmedisinske kjeden som skal sikre befolkningen nødvendig helsehjelp i en akutsituasjon. Kjeden omfatter tjenester både i og utenfor spesialisthelsetjenesten, og omfatter også den delen av helse- og omsorgstjenesten kommunene har ansvar for. Tjenester utenfor sykehus (prehospitale tjenester) er medisinsk nødmeldetjeneste, kommunenes legevaktjeneste og ambulansetjenesten. Tjenester i sykehus er akuttmottaket og sykehusavdelinger innen medisin, kirurgi, fødetilbud og lignende. Beredskapen skal sikre at når behovet oppstår, skal pasientforløpet i kjeden gå uten problemer. At det skal være en beredskap innebærer også at kjeden skal kunne ivareta større krisesituasjoner. Etter § 2-1 b skal de regionale helseforetakene også utarbeide beredskapsplan for den delen av tjenesten

de har ansvaret for. Beredskapsplanen omfatter også den akuttmedisinske kjede. Se merknadene til denne bestemmelsen.

Første ledd nr. 4. Medisinsk nødmeldetjeneste er et landsdekkende, kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjonsberedskap innen helse- og omsorgstjenesten. Det arbeides i dag med etablering av et nytt landsdekkende system for kommunikasjon innen og mellom helse- og omsorgstjenesten, politiet og brannvesenet. Nødnettprosjektet har en egen organisering og styres fra Direktoratet for nødkommunikasjon (DNK).

Med ambulansetjeneste menes bil-, båt- og luftambulansetjeneste som inngår i de regionale helseforetakenes akuttmedisinske beredskap utenfor sykehus. Disse tjenestene er de regionale helseforetakenes ansvar. Også ambulansetjenesten har en rekke private tjenesteutøvere, herunder også frivillige organisasjoner. Avtalene må ivareta de hensyn som beredskapen krever og hensynet til generell beredskap uavhengig av hvem som yter tjenestene. Det er behov for et nært samarbeid med den kommunale delen av den akuttmedisinske kjede og ambulansetjenesten.

Med luftambulansetjeneste menes både ambulanshelikopter og ambulansfly. Luftambulansetjenesten skal yte spesialisert akuttmedisin og være en integrert del av den akuttmedisinske beredskapen. De regionale helseforetakene har ansvar for at luftambulansetjenesten forvaltes som en nasjonal tjeneste, herunder fastsettelse av felles retningslinjer for rekvirering av tjenesten.

Første ledd nr. 5. Som følge av rusreformen som trådte i kraft 1. januar 2004, ble ansvaret for spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet lagt til spesialisthelsetjenesten. Det tidligere fylkeskommunale ansvaret etter sosialtjenesteloven § 7-1 ble da overført til staten ved de regionale helseforetakene. Dette innebar en utvidelse av spesialisthelsetjenestens faglige ansvarsområde.

Et sentralt mål med overføringen til spesialisthelsetjenesten var å sikre at personer med en rusmiddelavhengighet skulle få bedre tilgang til somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenester. De sentrale helsemyndighetene har samtidig fremhevet viktigheten av å videreføre den sosialfaglige tilnærmingen i behandling og oppfølging, derav betegnelsen «tverrfaglig behandling». Det vises for øvrig til [St. mld. nr. 30 \(2011-2012\)](#) «Se meg!», kap. 6 «Tilgjengelige og helhetlige tjenester».

Spesialisthelsetjenesten skal vurdere henvisninger fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, se kommentarer til § 3-12 mv.

Vedtak om tvang etter [helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2, 10-3 og 10-4](#) skal iverksettes i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har dermed også et ansvar for å sørge for plasser som kan ta imot disse pasientgruppene.

Begrepet «rusmiddelavhengighet» omfatter også personer med et problematisk rusmiddelbruk som ikke nødvendigvis har utviklet seg til en avhengighet. Både personer med problematisk bruk og avhengighet vil kunne ha rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. Bruk av begrepet «rusmiddelavhengighet» i forhold til det tidligere brukte begrepet «rusmiddelmisbruk» innebærer således ingen innsnevring når det gjelder hvilke pasientgrupper som vil kunne ha rett til slik behandling. Det som bør ligge til grunn for tilgangen på ulike helsetjenester på dette området, er en vurdering av hvilke problemer bruken av rusmiddelet medfører for brukeren.

Se veileder [IS-2043](#) «*Prioriteringsveileder - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*». Veilederen er en revidering av tidligere utgitt veileder IS-1505 Vurdering av henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Første ledd nr. 6 og 7. Ansvaret for pasienttransport ble overført til de regionale helseforetakene fra 2004, og bestemmelsene om dekning av pasient og ledsagers reiseutgifter er flyttet til [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6](#). Fra 2009 har helseforetakene tatt over organiseringen av pasienttransporten i sin helhet, og Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (Pasientreiser ANS)³, er nå etablert som egen enhet underlagt de regionale helseforetakene, og med et eget nettsted www.pasientreiser.no

[Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6](#) og syketransportforskriften regulerer pasientenes, ledsageres og pårørendes rettigheter til refusjon og godtgjørelse.

En pasient som reiser til eller fra offentlig finansiert behandling, har rett til å få dekket nødvendige utgifter til reise. Som hovedregel må pasienten betale en egenandel.

Det forutsettes at pasientene benytter ordinære transportmidler, eller på annen måte organiserer reisen selv. I utgangspunktet er det reiseutgifter til det nærmeste behandlingsstedet som dekkes samt at rimeligste reisemåte med rutegående transportmiddel skal benyttes.

Dersom en pasient av helsemessige årsaker ikke kan benytte seg av rutegående transport på hele eller deler av reisen, vil pasienten kunne ha rett på rekvisisjon til reisen. Dette utstedes av pasientens behandler.

Helsedirektoratet har fra januar 2010 overtatt forvaltningsansvaret for forskriften. Det er imidlertid fortsatt Fylkesmannen som er klageinstans for pasientreiseordningen og for refusjonsordningen. Refusjonskrav for utlegg til reise fremsettes til Pasientreiser ANS, og det er også her klagen fremsettes dersom det klages på vedtaket.

De regionale helseforetakenes ansvar for transport av helsepersonell omfatter bare helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og ledsager som er nødvendig for å sikre forsvarlig behandling, jf. kommentar til § 2-2. Kommunene er ansvarlige for transport av eget personell. Ordningen er regulert i forskrift om dekning av utgifter til transport av helsepersonell m.m. i forbindelse med reise for å foreta undersøkelse eller behandling⁴. Dekning av utgifter beregnes etter «*Særavtale for reiser innenlands for statens regning*»⁵.

Annet ledd. Bestemmelsen i annet ledd forplikter de regionale helseforetakene til å sørge for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene til sin virksomhet, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade. Spesialisthelsetjenestens ansvar for forebygging er med dette lovfestet.

³ Selskapets overordnede mål er å bidra til harmonisering av regelverk og praksis i forvaltningen av pasientreiser

⁴ [2003.12.19 nr. 1728 \(HOD\)](#): Forskrift om dekning av utgifter til transport av helsepersonell m.m. i forbindelse med reise for å foreta undersøkelse eller behandling.

⁵ http://www.regjeringen.no/nb/dep/fad/tema/lonns- og_personalpolitikk/statens_reiseregulativ.html?id=965

Spesialisthelsetjenestens ansvar for å fremme folkehelse og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming kan konkretiseres i tre hovedområder:

- 1 Forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten
- 2 Overvåking av sykdom og risikoforhold og kunnskaps- og kompetanseutveksling om folkehelse
- 3 Helsefremming og forebyggingstiltak

Samhandling med kommunene og andre relevante aktører må stå sentralt i dette arbeidet.

Forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten innebærer at spesialisthelsetjenesten, i sin kontakt med de som har et helseproblem, skal informere om forhold som påvirker helse og sykdomsutvikling og gi råd. Dette gjelder ikke bare den sykdommen pasienten får behandling for, men også andre risikofaktorer som pasienten er utsatt for, og som kan gi sykdom.

Overvåking av sykdom og risikoforhold omhandler det potensialet som ligger i å iverksette folkehelse tiltak basert på datamateriale fra spesialisthelsetjenesten, for eksempel fra medisinske kvalitetsregistre og Norsk pasientregister (NPR)⁶. Når spesialisthelsetjenesten oppdager sykdom eller risikoforhold som vil være et grunnlag for forebyggende eller helsefremmende tiltak, skal tjenesten selv aktivt bidra til at denne informasjonen formidles til kommuner og fylkeskommuner. Det vil gjøre det mulig å vurdere tiltak for å forebygge at problemer oppstår eller får utvikle seg.

Kunnskaps- og kompetanseutveksling om folkehelse, helsefremming og forebyggingstiltak innebærer at spesialisthelsetjenesten bør informere og samarbeide med helse- og omsorgstjenestene i kommunene og helsemyndighetene om sykdomsutvikling innenfor ulike diagnoser eller sykdomsgrupper. Spesialisthelsetjenesten skal også ha kompetanse på, og gi råd om, miljø- og grupperettede tiltak. Samhandling i smittevern og beredskapsarbeid med kommunesektoren er en del av dette arbeidet.

Tredje ledd. Bestemmelsen løfter opp i lov de grunnleggende kravene til styring som fremgår av blant annet internkontrollforskriften. For å kunne sørge for helsetjenester på en forsvarlig måte, må de regionale helseforetakene sette i verk systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevante lover og forskrifter. Dette innebærer blant annet at de regionale helseforetakene skal etablere kontrollsystemer som sikrer at beslutninger blir fulgt opp overfor helseforetakene. Bestemmelsen tilsvarer kommunens ansvar for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd](#).

Helseforetaksloven gir til en viss grad utfyllende bestemmelser om hvilke krav til styring og kontroll som ligger i det regionale helseforetakets overordnede ansvar, herunder foretaksstyrenes ansvar og rolle, og hvilke krav som er tillagt det enkelte helseforetak.

Helse- og omsorgsdepartementets har i eget brev til de regionale helseforetakene utdypet sørge-for-ansvaret⁷.

Fjerde ledd. De regionale helseforetakene pålegges å «peke ut» institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta i mot pasienter etter vedtak i [helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-](#)

⁶ NPR er et av Norges sentrale helseregistre og blir drevet av Helsedirektoratet. Når pasienter får henvisning eller behandling i et sykehus, en poliklinikk eller en avtalespesialist, blir en rekke opplysninger registrert ved behandlingsstedet. Et utvalg av disse opplysningene sendes NPR.

⁷ [Brev datert 28. januar 2010 fra HOD til de regionale helseforetakene](#)

[2 – 10-4](#). Dette innebærer tilbakehold på institusjon uten eget samtykke (§ 10-2), tilbakehold av gravide rusmiddelavhengige (§10-3) og tilbakehold på institusjon med eget samtykke (§ 10-4). De regionale helseforetakene har ansvar for å gjennomføre vedtak fattet av fylkesnemndene om tilbakehold og det er behov for at særlige institusjoner gis i oppgave å ivareta dette. Bestemmelsen er en presisering av eiers (det regionale helseforetakets) styringsrett overfor helseforetakene på rusområdet. De regionale helseforetakene har det faglige, organisatoriske og økonomiske sørge-for-ansvaret.

De institusjonene som utpekes skal også ivareta iverksettelse av midlertidige vedtak. I dette ligger at spesialisthelsetjenesten har en plikt til øyeblikkelig vurdering av pasienten, men ikke nødvendigvis en plikt til mottak/innleggelse på dagen. Spesialisthelsetjenestens vurdering av hastegrad må her, som ellers, være forsvarlig og bygge på de foreliggende opplysninger. Da det i disse sakene som regel vil være helse- og omsorgstjenesten som kjenner pasienten best, er det viktig med et godt samarbeid og en god dialog mellom tjenesteyterne. Helse- og omsorgstjenesten bør tidlig ta kontakt med spesialisthelsetjenesten i de sakene hvor det vurderes å benytte tvang.

Femte ledd. Her presiseres det regionale helseforetakets ansvar for å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven at kommunen har en tilsvarende plikt til å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner slik at behovet for nødvendige helse- og omsorgstjenester blir dekket. Denne bestemmelsen må også ses i sammenheng med § 2-1 c i dette kapitlet om bistand til andre regionale helseforetak ved ulykker og andre akutte situasjoner.

Sjette ledd. De regionale helseforetakene kan oppfylle sitt ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester ved å yte tjenesten selv eller ved å inngå avtale med andre tjenesteytere. Det er en klar forutsetning i forarbeidene at de som har sørge-for-ansvaret skal eie og drive en vesentlig del av landets helseinstitusjoner. Det regionale helseforetakets eget tilbud om helsehjelp skal være organisert som helseforetak. Det fremgår av [helseforetaksloven § 9](#).

I valget mellom å tilby befolkningen tjenester som helseforetakene leverer eller å inngå avtaler med private aktører om levering av tjenester, må det legges vekt på hvilke løsninger som på en mest mulig effektiv måte gir befolkningen tilbud om tjenester av tilstrekkelig høy kvalitet. Det stilles store krav til de avtaler som inngås, og det må sikres systemer for kontroll av denne virksomheten på linje med det som ytes i egne institusjoner. Ved kjøp av tjenester fra private vil de regionale helseforetakene blant annet måtte forsikre seg om at det ikke er kommersielle hensyn som styrer tilbudet på bekostning av kravet om forsvarlig virksomhet. En avtale med private krever også at den private tjenesteutøveren har tilstrekkelig kompetanse til selv å ivareta både faglig og organisatorisk ansvar for den tjenesten som ytes. Den private tjenesteutøveren vil også selv stå ansvarlig for at den tjenesten som leveres er forsvarlig. Gjennom anskaffelsesprosessene etter lov om offentlige anskaffelser legger de regionale helseforetakene føringene for de faglige premissene og innholdet. Det stilles krav både til faglig kvalitet og god økonomi, som vil være nødvendige vilkår for å kunne ha forsvarlig og sikker drift.

Det må gjøres en konkret vurdering av om den delen av tjenesten som settes ut, kan skilles fra den øvrige delen av tjenesten uten at det går ut over forsvarligheten. Private tjenesteytere faller (fra 2010) også inn under det offentlige ansvaret for pasientskader som Norsk pasientskadeerstatning (NPE) ivaretar. På denne måten vil pasientenes rettigheter i forbindelse med en skade ivaretas. Det regionale helseforetaket kan imidlertid fortsatt stilles til ansvar for manglende oppfyllelse av sitt sørge-for-ansvar, herunder uforsvarlig virksomhet hos avtaleparter og for eventuelle mangler knyttet til avtalen med den private aktøren.

Avtaler med private tjenesteytere inngås for å oppfylle sørge-for-ansvaret som de regionale helseforetakene er pålagt. Det er også de regionale helseforetakene som inngår disse avtalene.

Syvende ledd. En rekke forskrifter har hjemmel i denne bestemmelsen. Bestemmelsen gir etter sin ordlyd mulighet til å regulere tjenestens organisering og innhold, men er fortrinnsvis tenkt benyttet til å stille funksjonskrav til tjenestene.

§ 2-1 b Beredkapsplan

Det regionale helseforetaket skal utarbeide beredkapsplan etter lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap for institusjoner og tjenester som det regionale helseforetaket skal sørge for, jf. § 2-1 a i denne lov. Beredkapsplanen skal samordnes med kommunenes, fylkeskommunenes og de andre regionale helseforetakenes beredkapsplaner.

Kommentarer til § 2-1 b:

Denne bestemmelsen påpeker de regionale helseforetakenes plikt til å utarbeide beredkapsplaner etter [lov om helsemessig og sosial beredskap](#) med forskrifter. Begrunnelsen for en lovfesting av beredkapsplikten i spesialisthelsetjenesteloven, er at dette bidrar til å synliggjøre at sikkerhets- og beredkapsmessige hensyn skal inngå som et sentralt element i all samfunnsplanlegging. Hensikten er å oppnå en bedre samordning og kontinuitet i beredkapsarbeidet, så vel ved større ulykker som ved kriser og katastrofer. Planleggingsplikten bidrar til å innpasse beredskap i virksomhetens daglige drift, noe som gjør beredkapsplikten bedre kjent og vil kunne bidra til større grad av etterlevelse.

De regionale helseforetakene plikter å utarbeide beredkapsplaner innenfor det tjenestetilbudet de er ansvarlige for å tilby. Planen skal bygge på risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) som tar hensyn til lokale forhold, jf. forskrift om krav til beredkapsplanlegging og beredkapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap⁸.

Det regionale helseforetakets beredkapsplan skal samordnes med kommunenes, fylkeskommunenes og de andre regionale helseforetakenes beredkapsplaner. De regionale helseforetakene har plikt til å yte bistand til andre regionale helseforetak ved ulykker og andre akutte situasjoner, jf. § 2-1c. Det er derfor viktig at planene samordnes med de andre helseregionene for bedre å kunne ivareta en slik hjelpeplikt.

Kommunene har ansvar for å samordne plan og tiltak for helsemessig og sosial beredskap med annet beredkapsarbeid internt i kommunen og med andre aktører. Slik samordning skal sikre at helse- og omsorgstjenestene blant annet får hjelp fra og samarbeider med andre fagsektorer i og utenfor kommunen i en krisesituasjon.

Helseforetakene skal ha samarbeidsavtale med kommunene innenfor sitt opptaksområde, og beredkapsplaner skal inngå i samarbeidsavtalen, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, punkt 11](#). Avtalen bør inneholde avklaringer om blant annet kommunikasjon, varslingslinjer, eventuell overføring av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, psykososial omsorg og håndtering av alvorlige epidemier inkludert pandemisk influensa.

⁸ [2001.07.23 nr. 881](#): (HOD) Forskrift om krav til beredkapsplanlegging og beredkapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap

§ 2-1 c Bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner

Dersom forholdene tilsier det, skal helsetjenesten til det regionale helseforetaket yte bistand til andre regionale helseforetak ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av det regionale helseforetaket som har bistandsbehovet.

Det regionale helseforetaket som mottar bistand etter første ledd, skal yte kompensasjon for utgifter som pådras til det regionale helseforetaket som bidrar med hjelp, med mindre noe annet er avtalt.

Kommentarer til § 2-1 c:

De regionale helseforetakene har en gjensidig plikt til å bistå hverandre ved ulykker og akutte situasjoner. Forhold som kan tilsi nødvendig bistand, er at det foreligger behov for ressurser, personell, materiell eller lokaler som et regionalt helseforetak ikke har tilgjengelig eller disponerer over i sin drift. Eksempler på ulykker eller kriser hvor det kan være aktuelt med bistand er tog- eller flyulykker, flykapringer, flom, snøskred, epidemier, utslipp av farlige gasser mv. Ansvars- og kommandoforhold, samt rutiner for handlingsprosedyrer, må være klarlagt på forhånd slik at hjelp kan effektueres raskt. I de regionale helseforetakenes beredskapsplan, jf. § 2-1 b, må handlingsprosedyrene for en slik situasjon framkomme.

Det følger av bestemmelsens første ledd andre punktum at anmodning om bistand skal fremmes av det regionale helseforetaket som har bistandsbehovet. Videre skal det regionale helseforetaket som yter bistand ha kompensasjon for sine utgifter fra det regionale helseforetaket som bistanden rettes til. De regionale helseforetakene står imidlertid fritt til å inngå avtale om en annen løsning.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med §§ 2-1 d og 3-1 fjerde ledd.

§ 2-1 d Det regionale helseforetakets adgang til å disponere helsepersonell i enkelte akutte situasjoner⁹

Ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan det regionale helseforetaket pålegge helsepersonell som tjenestegjør i det regionale helseforetaket og institusjoner som det regionale helseforetaket eier, å utføre nærmere tilvist arbeid.

Departementet kan pålegge lege å delta i lokal redningssentral.

Kommentarer til § 2-1 d:

Ved ulykker eller andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, for eksempel ved tog- og flyulykker, større branner, eksplosjoner eller store epidemier, kan det regionale helseforetaket etter første ledd pålegge helsepersonell som tjenestegjør i det regionale helseforetaket å utføre nærmere tilvist arbeid. I slike situasjoner vil det kunne være nødvendig at det regionale helseforetaket foretar en prioritering av

⁹ Forskrifter med hjemmel i § 2-1 d:

[2010.03.18 nr 0425](#): (HOD) Delegering av myndighet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet

pasientene og omdisponering av sine helsepersonellressurser for å kunne dekke de behovene som er oppstått. I forbindelse med utarbeiding av beredskapsplanen, jf. § 2-1 b, vil det regionale helseforetaket ha behov for en oversikt over ansatt og opplært helsepersonell som kan disponeres i slike tilfeller. Det må også avklares hvem som skal disponere helsepersonell som er ansatt både i helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Det vises også til spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 fjerde ledd som gir arbeidsgiver rett til å pålegge helsepersonellet plikt til å rykke ut ved behov for øyeblikkelig hjelp. Departementet kan etter annet ledd pålegge lege å delta i den lokale redningsentralen. En sentral oppgave for legen vil være å vurdere ressursdisponeringen i samarbeid med representanter fra andre deltakende etater. Legen skal ivareta oppgaver som ikke er av operativ, akuttmedisinsk eller klinisk art, men kan gi medisinskfaglige råd til den kollektive redningsledelsen.

§ 2-1 e Samhandling og samarbeid

Det regionale helseforetakets ansvar etter § 2-1 a første ledd innebærer også en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven.

De regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Det regionale helseforetaket kan beslutte at ett eller flere av helseforetakene det eier, skal inngå og være part i slike avtaler.

Kommentarer til § 2-1 e:

I **første ledd** presiseres at det regionale helseforetakets ansvar etter § 2-1 a første ledd også innebærer en plikt til å legge til rette for samhandling med ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her.

Annet ledd pålegger de regionale helseforetakene en plikt til å sørge for at det blir inngått samarbeidsavtaler med alle kommuner. Samtidig er kommunene i [helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1](#) pålagt en plikt til å inngå slike avtaler. De regionale helseforetakene blir ikke forpliktet til å inngå avtalene selv, men kan pålegge sine helseforetak å inngå avtale med en eller flere kommuner som det er aktuelt å skrive ut pasienter til. De kan også pålegge helseforetakene å inngå avtaler med kommuner om spesifikke tjenester og tiltak. Dette innebærer ikke at alle avtalene helseforetakene inngår, skal være identiske, men det bør tilstrebes mest mulig enhetlige rutiner knyttet til meldings- og informasjonsutveksling i pasientforløpene. Avtalene må tilpasses lokale forhold og behov.

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en veileder¹⁰ til [kapittel 6 i helse- og omsorgstjenesteloven](#). Hensikten med veilederen er å bidra til ensartet nasjonal praksis i bruken av samhandlingsavtaler og understøtte partenes bruk av avtaler i samarbeidet om lokal utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Det er også skrevet et informasjonsbrev til landets kommuner og de regionale helseforetakene¹¹.

¹⁰ [Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder.](#)

¹¹ [Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 3. oktober 2011](#)

§ 2-2 Plikt til forsvarlighet

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Kommentarer til § 2-2:

Helsetjenester som tilbys og ytes skal være forsvarlige. I dette ligger at standarden på helsetjenestene skal ligge på et visst nivå. Forsvarlighetskravet gjelder alle helsetjenester som tilbys og ytes, på alle nivåer og både privat og offentlig.

Begrepet forsvarlighet er en rettslig standard. Med rettslig standard menes at regelens innhold kan variere over tid. Innholdet i begrepet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, som for eksempel kan komme til uttrykk i faglitteraturen, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig.

Mellom god praksis og forsvarlighetskravets nedre grense, vil det være rom for at det kan utøves skjønn. Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer er et eksempel på publikasjoner om hva som er god praksis. Der beskrives tiltak og løsninger basert på oppdatert anerkjent faglig kunnskap. Retningslinjene angir hvordan praksis bør være. Av standardteksten i retningslinjene fremgår det at de er ment som et hjelpemiddel ved de avveiningene tjenesteytere må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten, og at valg av løsninger som i vesentlig grad avviker fra retningslinjene bør begrunnes og dokumenteres.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med helsepersonelloven § 4 som stiller krav til helsepersonell om å utøve arbeidet sitt i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. I [rundskriv IS-8/2012](#) er forsvarlighetskravet i helsepersonelloven nærmere omtalt.

Forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven har, i likhet med [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1](#) og [tannhelsetjenesteloven § 1-3 a](#), et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven. Situasjonsbetingede eller subjektive forhold kan medføre at involvert helsepersonell ikke anses å ha overtrådt forsvarlighetsbestemmelsene. I slike tilfeller vil likevel den forsvarlighetsnorm som i § 2-2 er knyttet til selve institusjonen og helsetjenesten kunne anses overtrådt.

Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter omfatter en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte

plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Dette er inntatt i bestemmelsens siste setning og må ses i sammenheng med kravet til internkontroll og systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet. I praksis innebærer dette at virksomhetens ledelse må sørge for at helsepersonellet har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet. Det må gjøres en vurdering av hva som kan være risikofylte deler av pasientbehandlingen og hvordan virksomheten skal sikre at pasientsikkerheten på disse områder blir ivaretatt. Videre må virksomhetens ledelse utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helselovgivningen.

Kravet om tilrettelegging for helsepersonellet må ses i sammenheng med [helsepersonelloven § 16](#) og medfører i praksis at virksomheten blant annet skal sørge for tilstrekkelige personalressurser med nødvendige kvalifikasjoner, tilstrekkelig og adekvat utstyr, tydelig fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, nødvendige instruksjoner, rutiner og prosedyrer for de ulike oppgavene mv.

Det å sørge for forsvarlige tjenester er en kontinuerlig prosess som fordrer at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring. Det kan for eksempel komme nye faglige retningslinjer eller annen ny fagkunnskap som virksomheten må ta stilling til og vurdere hvordan de skal implementere. Det vil dessuten regelmessig oppstå endringer i pasienters behov og bemanning i spesialisthelsetjenesten som det må tas høyde for i arbeidet med å sikre forsvarlige tjenester.

Spesialisthelsetjenesten må også innrette sin virksomhet slik at samarbeidet med helse- og omsorgstjenesten er slik at pasienter som mottar helsetjenester fra flere nivåer får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.

Når det gjelder pasienter som mottar spesialisthelsetjenester og hvor ansatte i helse- og omsorgstjenesten samtidig yter tjenester til pasienten, for eksempel i de tilfellene hvor pasienten er i behov av følge/bistand under innleggelse i sykehus, vil det være spesialisthelsetjenesten som har hovedansvaret for å tilrettelegge for at pasienten får forsvarlige tjenester. Det er, i det aktuelle tilfellet, sykehuset som vurderer hvilken bistand det er behov for fra kommunen for at sykehuset skal kunne yte forsvarlig helsehjelp til pasienten. Fordi pasienten selv, pårørende og det kommunale hjelpeapparatet vil kjenne pasientens behov best, bør behovet avklares i nært samarbeid med disse. Dersom spesialisthelsetjenesten benytter ansatte i helse- og omsorgstjenesten til å yte helsehjelp til pasienter under innleggelse så vil det være spesialisthelsetjenesten som har ansvaret både for at innholdet i den hjelp som ytes er forsvarlig og at forholdene tilrettelegges på en slik måte at de ansatte kan yte forsvarlig helsehjelp.

Spørsmål knyttet til finansieringsansvar for pasienter med behov for særlige tiltak ble besvart i et brev fra daværende Sosial- og helsedirektoratet av 9. juni 2007. Brevet gjaldt forholdet mellom sykehus og kommuner, men definerer spesialisthelsetjenestens ansvar generelt. Av brevet fremgår det blant annet: «*Det er behandlende institusjon (sykehuset) som skal sørge for at de behov pasienten har for særlig bistand under oppholdet ivaretas, og som hovedregel vil sykehuset løse oppgavene selv. I noen sammenhenger, for eksempel der sykehusoppholdet av ulike grunner vil kunne være en særlig belastning for pasienten, kan det være nødvendig med bruk av medhjelpere som pasienten selv kjenner.*»

Det er de regionale helseforetakene som ivaretar eieransvaret for den statlige delen av spesialisthelsetjenesten, da det er de som eier helseforetakene. Det er imidlertid ledelsen i helseforetakene som ivaretar arbeidsgiver- og lederansvaret, fordi helseforetakene er egne

rettssubjekter. Det ligger også et ansvar for å overholde forsvarlighetskravet hos ansvarlige ledere på alle nivåer. Se § 3-9 om ledelse i sykehus.

Ved pasientskader er det NPE som behandler søknad og eventuelt yter erstatning overfor pasientene.

§ 2-3 Departementets bestemmelser om nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og markedsføring av spesialisthelsetjenester¹²

Departementet kan ved forskrift eller i det enkelte tilfelle gi bestemmelser om:

- 1. nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og**
- 2. markedsføring av tjenester som omfattes av denne loven, herunder forbud mot visse former for markedsføring.**

Kommentarer til § 2-3:

Departementet kan med hjemmel i bestemmelsen gi forskrift eller i det enkelte tilfelle gi bestemmelser om nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten.

Begrepet nasjonale tjenester omfatter nasjonale- og flerregionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester. Hvilke oppgaver som skal ivaretas av de forskjellige tjenestene fremgår av forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten¹². Det er de regionale helseforetakene som skal søke departementet om godkjenning av nasjonale tjenester.

For å få godkjenning som nasjonal kompetansetjeneste må sentralisering av oppbygging av kompetanse innenfor et fagområde vurderes å gi økt kvalitet i et helhetlig behandlingsforløp innenfor rimelig tid, økt nasjonal kompetanse og bedre kostnadseffektivitet.

Helsedirektoratet gir råd til Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med godkjenningsprosessen.

I henhold til nevnte forskrift skal nasjonale kompetansetjenester ivareta følgende oppgaver innenfor sitt ansvarsområde:

- bygge opp og formidle kompetanse
- overvåke og formidle behandlingsresultater
- delta i forskning og etablering av forskernettverk
- bidra i relevant undervisning
- sørge for veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning til helsetjenesten, andre tjenesteytere og brukere
- iverksette tiltak for å sikre likeverdig tilgang til nasjonale kompetansetjenester
- bidra til implementering av nasjonale retningslinjer og kunnskapsbasert praksis
- etablere faglige referansegrupper
- rapportere årlig til departementet eller til det organ som departementet bestemmer.

¹² Forskrifter med hjemmel i § 2-3: [2010.12.17 nr 1706](#): (HOD) Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

§ 2-4 Ventelisteregistrering¹³

Departementet kan gi forskrifter om

1. føring av ventelister over pasienter som søker og har behov for helsehjelp som omfattes av denne loven,
2. ansvar for å skaffe registrerte pasienter innenfor visse prioriterte pasientgrupper helsehjelp på offentlig institusjon, samt pasienters rett til selv å skaffe slik helsehjelp, og
3. plikt for regionale helseforetak til å rapportere aktivitetstall for de virksomhetene de eier og de private helsetjenestene de har avtale med.

Kommentarer til § 2-4:

Føring og oppdatering av ventelister fyller flere viktige funksjoner. Ventelistene viser i hvilken grad pasienter får sine rettigheter innfridd, herunder rett til vurdering og rett til nødvendig helsehjelp innen den individuelle fristen etter pasient- og brukerrettighetsloven. Ventelistene inneholder også annen viktig informasjon, som andelen pasienter som ikke har «rett til nødvendig helsehjelp», samt hvor mange som ikke får tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Listene vil også utgjøre en viktig del av grunnlaget for pasienters vurdering i forbindelse med valg av sykehus etter pasient- og brukerrettighetsloven. På overordnet nivå vil ventelistene være sentrale for vurderingen av forholdet mellom behovet for helsetjenester og kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten. På institusjonsnivå vil de utgjøre et arbeidsredskap for pasientlogistikken.

Med hjemmel i bestemmelsen er det gitt forskrift om ventelisteregistrering¹³. Forskriften pålegger institusjoner som faller inn under spesialisthelsetjenesteloven å føre ventelister over pasienter som er registrert for undersøkelse og behandling.

Følgende institusjoner omfattes:

- Somatiske og psykiatriske sykehus og poliklinikker og distriktpsikiatriske sentre som et regionalt helseforetak har inngått avtale om tjenesteyting med i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjette ledd.
- Somatiske og psykiatriske sykehus og poliklinikker og distriktpsikiatriske sentre som eies av et regionalt helseforetak.
- Institusjoner (inkludert poliklinikker) som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk og som eies av, eller som har inngått avtale som nevnt i nr. 1 med, et regionalt helseforetak.

Det skal fremgå av ventelisten om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b](#). Dersom pasienten har en slik rett, skal også fristen som er fastsatt for nødvendig helsehjelp fremgå av ventelisten. Videre skal det vurderes ved hvilket fagområde det forventes at pasienten skal behandles innenfor og det skal fremgå om det søkes om innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling.

Det vises til [rundskriv IS-10/2009](#) «*Ventelisterapportering til Norsk pasientregister (NPR)*».

¹³ Forskrifter med hjemmel i § 2-4:
[2000.12.07 nr 1233](#): (HOD) Forskrift om ventelisteregistrering.

§ 2-5 Individuell plan¹⁴

Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Dersom en pasient har behov for tjenester både etter loven her og etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunen når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold.

Kommentarer til § 2-5:

Første ledd om plikt for helseforetaket til å utarbeide individuell plan er videreført uten endringer. Formålet med å utarbeide en individuell plan er å bidra til at pasienter med langvarige og sammensatte behov får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

En pasient med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5](#).

Helseforetaket har plikt til å informere om retten til individuell plan og om at et eventuelt avslag på anmodning om plan kan påklages etter reglene i [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7](#).

Plikten til å utarbeide individuell plan gjelder der pasienter har behov for et sammensatt tjenestetilbud av en viss varighet, men det kreves ikke at behovet skal være varig eller strekke seg over et visst antall måneder eller år. Pasientens, og pårørendes medvirkning er en forutsetning og er vesentlig i arbeidet med individuell plan, og det må legges til rette for medvirkning i hele planprosessen. Det forutsettes at både pasienten og de pårørende får nødvendig informasjon og veiledning.

Det skal kun utarbeides én individuell plan for hver enkelt pasient. Med én plan menes et samordnet, overordnet dokument som er resultatet av en planprosess der utgangspunktet er pasientens mål og behov for tjenester. Dokumentet skal ikke være for omfattende og detaljert.

De instanser som har plikt til å utarbeide individuell plan, har også plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere og etater. Planarbeidet må koordineres.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har det overordnede ansvaret for arbeidet med individuell plan, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b og [helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3](#).

¹⁴ Forskrifter med hjemmel i § 2-5:
[2011.12.16 nr 1256](#): (HOD) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Dersom en pasient har behov for tjenester fra både fra spesialisthelsetjenesten og fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen, har kommunen ansvar for at arbeidet med planen igangsettes og koordineres, men helseforetaket har en varslings- og medvirkningsplikt, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 annet ledd.

En tilsvarende plikt til å utarbeide individuell plan fremgår også av [helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1](#) og [psykisk helsevernloven § 4-1](#).

Med hjemmel i disse bestemmelsene er det gitt forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator¹⁴.

Bestemmelsen i **annet ledd** er tatt inn for å klargjøre hvem som har ansvaret for å sette i gang arbeidet med individuell plan i de tilfellene der en pasient har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

En individuell plan er et sektorovergrepene arbeidsverktøy, men opphever ikke behovet for delplaner på de ulike områdene, for eksempel behandlingsplaner og individuelle opplæringsplaner.

Helseforetaket skal av eget tiltak vurdere hvorvidt pasientens behov tilsier at det skal utarbeides en individuell plan, uavhengig av om pasienten ber om det. Utarbeidelse av individuell plan forutsetter imidlertid at pasienten, etter å ha fått informasjon om ordningen, samtykker til det. Dette innebærer at dersom plikten utløses og pasienten samtykker, skal planarbeidet igangsettes.

Hvis en pasient bare har behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten, skal helseforetaket utarbeide individuell plan etter bestemmelsen i første ledd.

Helseforetaket har plikt til å varsle koordinerende enhet i kommunen så snart som mulig når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra helseforetakene og kommunen. I tillegg er det presisert at helseforetaket i slike tilfeller har plikt til å medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

Helsedirektoratet vil utarbeide ny veileder om individuell plan, koordinator og koordinerende enhet. Denne vil bli publisert på våre nettsider www.helsedirektoratet.no

Ifølge [helsepersonelloven § 38 a](#) skal helsepersonell som yter spesialisthelsetjenester, snarest mulig gi beskjed til koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten dersom en pasient eller bruker har behov for individuell plan og koordinator. Helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal på samme måte melde fra om behov for individuell plan og koordinator til koordinerende enhet i kommunen. Helsepersonell har etter [§ 4](#) i helsepersonelloven plikt til å delta i arbeidet med individuell plan.

Bestemmelsen i spesialisthelsetjenesten § 2-5 må ses i sammenheng med §§ 2-5 a om koordinator og 2-5 b om koordinerende enhet. Tilsvarende bestemmelser er inntatt i [helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1, 7-2 og 7-3](#).

§ 2-5 a Koordinator¹⁵

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal det oppnevnes koordinator. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Koordinatoren bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke oppgaver koordinatoren skal ha.

Kommentarer til § 2-5 a:

Bestemmelsens **første ledd** innfører en plikt til å oppnevne koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven. Bestemmelsen erstatter bestemmelsen om pasientansvarlig lege m.m. i tidligere § 3-7, som nå er opphevet. Koordinator skal ivareta pasientenes behov for et kontinuerlig og helhetlig behandlingsforløp. Plikten til å oppnevne koordinator gjelder uavhengig av om pasienten ønsker en individuell plan. Dette fremgår av [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 22](#).

Oppnevning av koordinator forutsetter samtykke fra pasienten eller eventuelt pårørende.

Pasienter kan ha behov for flere ulike deltjenester i sitt forløp. Koordinator i spesialisthelsetjenesten skal både sikre koordinering innad i spesialisthelsetjenesten knyttet til institusjonsopphold og samhandle med kommunen og eventuelt andre tjenesteytere for å sikre videre oppfølging etter utskrivning. Komplekse tjenester innebærer at det er behov for tjenester fra flere behandlingseenheter, fra ulike avdelinger i en behandlingseenhet og fra flere profesjoner. Et eksempel er kreftpasienter som vil ha behov for tjenester fra avdelinger som har ansvar for utredning og diagnostikk, fra kirurgisk avdeling, fra kreftavdeling og poliklinikker og fra flere profesjoner som leger, kreftsykepleiere, fysioterapeuter osv.

Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og sikre samordning av tjenestetilbudet, samt fremdrift i arbeidet med individuell plan. Det må etableres systemer som legger til rette for hensiktsmessige løsninger mellom samarbeidende personell og merkantile støttefunksjoner, men koordinator vil ha hovedansvaret for samordning i pasientforløpet.

Koordinators ansvar i forbindelse med institusjonsopphold innebærer å sørge for nødvendig samordning av spesialisttjenestene før, under og etter innleggelse i institusjon, eksempelvis ved polikliniske forundersøkelser, ved oppfølging og etterbehandling. Samhandling med kommunen, herunder oppstart av individuell plan der det er behov for dette, er viktig for å sikre helhetlig oppfølging etter utskrivning.

Koordinator har ansvar for å følge opp innspill fra pasient og pårørende og sikre brukermedvirkning og god dialog. Det kan være hensiktsmessig at koordinator også utpekes til å være den personen som skal gi informasjon etter § 3-11, jf. [helsepersonelloven § 10](#).

¹⁵ Forskrifter med hjemmel i § 2-5 a:
[2011.12.16 nr 1256](#): (HOD) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Ledelsen i helseforetaket må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatorrolle.

For pasienter med gjentatte innleggelse bør det ved oppnevning av koordinator i størst mulig grad legges opp til at pasienten får samme koordinator ved hvert opphold.

I **annet ledd** fremgår det at koordinator bør være lege. Dette kravet er ikke til hinder for at andre typer helsepersonell kan være koordinator hvis dette er mest hensiktsmessig både for pasienten og helseforetaket, og når det anses forsvarlig.

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev til Fellesorganisasjonen¹⁶ understreket at hovedregelen er at koordinator i spesialisthelsetjenesten skal være lege. Det er vist til [Prop. 91 L punkt 32.6.3](#) hvor det fremgår det at det unntaksvis kan være hensiktsmessig å bruke andre grupper helsepersonell enn lege som koordinator. Det er også presisert at når det oppnevnes koordinator som ikke er lege, er det helt vesentlig at koordinatoransvaret utøves i nært samarbeid med behandlingsansvarlig lege. Videre fremgår det av nevnte brev: «Spørsmålet om hvem som bør ivareta koordinatorrollen i spesialisthelsetjenesten, må vurderes konkret i hver enkelt sak. Hvilke kvalifikasjoner koordinator bør ha, vil blant annet avhenge av hvilken sykdom eller skade pasienten har, og hvor pasienten befinner seg i pasientforløpet. I Prop. 91 L, punkt 32.6.3 er det nevnt forskjellige situasjoner der fysioterapeuter eller sykepleiere unntaksvis kan oppnevnes i stedet for lege. Også ernæringsfysiologer og psykologer er nevnt som eksempler på annet helsepersonell som kan oppnevnes. Ut i fra en konkret vurdering kan det være situasjoner hvor det anses hensiktsmessig og forsvarlig at en sosionom oppnevnes for å ivareta koordinatorrollen i et rehabiliteringsforløp.»

§ 2-5 b Koordinerende enhet¹⁷

Helseforetaket skal ha en koordinerende enhet som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal ha oversikt over, og nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. I tillegg skal enheten ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. §§ 2-5 og 2-5 a.

Departementet kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om hvilket ansvar den koordinerende enheten skal ha.

Kommentarer til § 2-5 b:

Første ledd innfører en plikt for helseforetaket til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Bestemmelsen innebærer en lovfesting av regler som fremgikk av tidligere forskrift om habilitering og rehabilitering § 13.

Enhetens oppgaver kan oppsummeres i fem punkter:

- Generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbud i helseregionen
- Generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbud i kommunene
- Nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene

¹⁶ [Brev av 1. mars 2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Fellesorganisasjonen](#)

¹⁷ Forskrifter med hjemmel i § 2-5 b:

[2011.12.16 nr 1256](#): (HOD) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

- Overordnet ansvar for individuell plan
- Oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan. Med ”overordnet ansvar” menes blant annet ansvar for å utvikle og kvalitetssikre rutiner for arbeidet med individuell plan. Disse rutinene bør utarbeides i samarbeid med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene. De bør beskrive samhandlingen mellom tjenesteområdene knyttet til igangsetting og oppfølging av planarbeid. Dette bør også nedfelles i samarbeidsavtalen med kommunen, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2](#).

Koordinerende enhet skal motta meldinger om behov for individuell plan. Helsepersonells plikt til å melde fra til koordinerende enhet om behov for individuell plan og koordinator er nedfelt i [helsepersonelloven § 38 a](#). En viktig del av arbeidet vil være oppnevning, opplæring og veiledning av den som blir utpekt som koordinator.

Annet ledd i § 2-5 b etablerer en hjemmel for departementet til å gi nærmere regler om hvilket ansvar den koordinerende enheten skal ha, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator¹⁷.

Med hjemmel i tidligere forskrift om habilitering og rehabilitering er det opprettet en koordinerende enhet på regionalt nivå i hver av de fire helseregionene. Enhetene har en viktig funksjon i formidling av informasjon om rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. De samarbeider om et nasjonalt informasjonstilbud med grønt nummer¹⁸ som er mye benyttet. I tillegg har de opprettet nettsider med tilsvarende informasjon. Det er hensiktsmessig at denne funksjonen ivaretas på regionalt nivå fordi tilbudene innen habilitering og rehabilitering går på tvers av helseforetakenes opptaksområder.

De koordinerende enhetene på regionalt nivå har også en viktig funksjon ved at de har etablert nettverk av koordinerende enheter i helseforetakene og i kommunene. Gjennom dette er de pådrivere for samhandling, informasjonsutveksling og kompetanseheving på tvers av nivåer og kommunegrenser.

Det anbefales at denne praksisen videreføres, og at ordningen med en koordinerende enhet på regionalt nivå i hver av helseregionene opprettholdes.

§ 2-6 Utskrivningsklare pasienter

Regionalt helseforetak skal inngå samarbeidsavtale med kommunene om utskrivningsklare pasienter, jf. § 2-1 e annet ledd.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold og kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, herunder kriterier for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, og betalingssatser etter første ledd.

Kommentarer til § 2-6:

Bestemmelsen speiler [helse- og omsorgstjenesteloven § 11-4 annet ledd](#).

¹⁸ Tlf. 800 300 61

Det foreligger en lovpålagt plikt til å inngå samarbeidsavtale med kommunene om utskrivningsklare pasienter. Samarbeidsavtalen skal omhandle alle pasienter som utskrives fra private eller offentlig institusjon i spesialisthelsetjenesten, og som har behov for kommunale tjenester.

Formålet med bestemmelsen er å fremme samhandling mellom kommuner og helseforetak. Kommuner og foretak skal arbeide sammen om pasientforløp. Avtalepartene skal koordinere sine tjenester slik at alle pasienter og brukere som har behov for tjenester fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, får et helhetlig og sammenhengende tilbud.

Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon, jfr [kapittel 6 i helse- og omsorgstjenesteloven](#), utdypes nærmere i egen veileder utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet¹⁹.

Departementet har i forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter²⁰ gitt nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold og kriterier for når en pasient er utskrivningsklar.

Kapittel 3 Særlige plikter og oppgaver

§ 3-1 Øyeblikkelig hjelp²¹

Sykehus og fødestuer skal straks motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig. Institusjonen eller avdelingen skal motta pasientene for undersøkelse og om nødvendig behandling.

Regionale helseforetak skal utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner innen helseregionen med tilsvarende plikt overfor pasienter som trenger psykiatrisk helsehjelp, og pasienter som trenger tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter denne bestemmelsen inntreer ikke dersom institusjonen eller avdelingen vet at nødvendig hjelp vil bli ytet av andre som etter forholdene er nærmere til å yte den i tide.

Arbeidsgiver kan pålegge helsepersonell ansatt i institusjoner nevnt i første og annet ledd, å rykke ut til person som trenger øyeblikkelig hjelp.

Departementet kan gi forskrift om det nærmere innhold i plikten til å yte øyeblikkelig hjelp.

Kommentarer til § 3-1:

Første og annet ledd. Alle offentlige og private sykehus og fødestuer har plikt til å motta pasienter som har behov for øyeblikkelig somatisk helsehjelp. Særlig utpekte

¹⁹ [Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder.](#)

²⁰ [2011.11.18 nr. 1115](#): (HOD) Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

²¹ Forskrifter med hjemmel i § 3-1:

[2011.12.16 nr 1258](#): (HOD) Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften)

institusjoner/avdelinger vil være forpliktet når det gjelder psykisk helsevern og rusbehandling. De regionale helseforetakene skal sørge for at dette tilbudet er tilstrekkelig, dvs. at behovet skal være dekket til enhver tid.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp har tradisjonelt vært knyttet til om det er «påtrengende nødvendig», dvs. om det er akutt fare for liv eller alvorlig nedsettelse av funksjonsevne, og at rask hjelp er nødvendig for å avverge denne faren. Plikt til å «motta» omfatter også nødvendig undersøkelse og behandling for å avverge den akutte fase så langt dette er mulig ut fra tilgjengelig bemanning, kompetanse og utstyr. Det kreves ikke at pasienten skal ferdigbehandles. Pasienten kan overføres til annen institusjon når det ikke lenger foreligger akutt fare.

Bestemmelsen presiserer sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene etter § 2-1 a når det gjelder kravene til planlegging og tilrettelegging av øyeblikkelig hjelp funksjonene.

Bestemmelsen kan også ses i sammenheng med både lovens formålsbestemmelse nr. 1, «å motvirke [...] skade,....» og § 2-1 a nr. 3, som pålegger de regionale helseforetakene plikt til å organisere akuttmedisinsk beredskap for å dekke befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp.

Av **tredje ledd** fremgår det at plikten til å yte øyeblikkelig hjelp bortfaller dersom en vet at hjelpen kan ytes av andre. «Vet» innebærer at man har forvissnet seg om at hjelpen blir gitt av andre. Bestemmelsen bør ses i sammenheng med den generelle plikten til å yte øyeblikkelig hjelp som følger av [helsepersonelloven § 7](#).

Etter **fjerde ledd** kan arbeidsgiver pålegge ansatt helsepersonell å rykke ut til personer som trenger øyeblikkelig hjelp.

Departementet har med hjemmel i **femte ledd** gitt forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften)²².

§ 3-2 Journal- og informasjonssystemer²³

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige. Den skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

Departementet kan gi forskrift om drift, innhold og opprettelse av journal- og informasjonssystemer.

Kongen kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om bruk av elektronisk journal, og kan herunder oppstille krav om opplæring og tiltak som skal sikre at utenforstående ikke får kjennskap eller tilgang til journalen.

²² [2011-12-16 nr 1258](#): (HOD) Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.

²³ Forskrifter med hjemmel i § 3-2:

[2000.12.21 nr 1385](#): (HOD) Forskrift om pasientjournal

Kommentarer til § 3-2:

Første ledd. Enhver helseinstitusjon innenfor spesialisthelsetjenesten er forpliktet til å sørge for forsvarlige journal- og informasjonssystemer. Det er den enkelte helseinstitusjon som etter regelverket er databehandlingsansvarlig og dermed ansvarlig for at systemene til enhver tid, fungerer i tråd med regelverket, herunder bestemmelsene om taushetsplikt, jf. [helseregisterloven § 6](#).

Helseforetakene har i dag som regel flere typer informasjonssystemer. I tillegg til det elektroniske pasientjournalssystemet som blant annet håndterer journalnotater, samt det pasientadministrative systemet, vil helseforetakene som regel ha egne systemer for laboratorier, blant annet for prøvesvar, et system for røntgen samt et eget økonomisk/administrativt system som inneholder opplysninger om lønn, regnskap og administrasjon.

Med journal i medisinsk sammenheng menes samling eller sammenstilling av nedtegnelser/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp, herunder for eksempel opplysninger om den enkelte pasients tilstand, iverksatte behandlingstiltak m.m. Også dokumentasjon som røntgenbilder, prøvesvar m.m. regnes som del av journalen. Informasjon fra lydlogg vil også inngå i pasientjournalen. Det vises i denne sammenheng til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet²⁴ vedrørende oppbevaring og innsyn i lydlogg.

Kravene til innhold i pasientjournaler, føring, retting, sletting, oppbevaring, overføring, tilgang til og tilintetgjøring av journal er nærmere utdypet i forskrift om pasientjournal. Virksomheters ansvar knyttet til opprettelse og organisering av journalsystem er regulert i samme forskrift.

Informasjonssikkerhet utgjør kjernen i et forsvarlig journal- og informasjonssystem i spesialisthelsetjenesten. I denne sammenheng omfatter begrepet «informasjonssikkerhet» fire elementer: konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet.

Hensikten med bestemmelsene om informasjonssikkerhet, herunder tilgangskontroll, er å beskytte helseopplysninger, og sikre overholdelse av helsepersonells taushetsplikt. Nærmere utdyping av de ulike bestemmelsene finnes i «*Rundskriv vedrørende tilgang til og utlevering av opplysninger i elektroniske pasientjournaler*», IS-7/2006.

Regulering av tilgang til pasientopplysninger skal sikre at informasjonen er tilgjengelig når den er nødvendig til pasientbehandlingsformål. Som hovedregel er det bestemmelsene om taushetsplikt og unntakene fra denne i helsepersonelloven som regulerer tilgangen til journalopplysningene. Elektronisk pasientjournal er regulert særskilt i helseregisterloven. Det er her viktig å skille mellom at pasientopplysninger og informasjon fra journalen gjøres tilgjengelig ved at informasjonen utleveres, og tilgang til selve journalen. Helseregisterloven begrenser tilgang til journalen, og som hovedregel er det ikke adgang til slik tilgang for andre enn ansatte i virksomheten eller andre som er underlagt deres instruksjonsmyndighet. Helsepersonelloven regulerer hvem som kan få utlevert opplysningene og hvilke opplysninger som kan utleveres.

Utgangspunktet er at det bare er det helsepersonell som har oppgaver knyttet til behandlingen av den enkelte pasient som har adgang til journalopplysningene. Her legges et antatt samtykke til grunn for at behandlende helsepersonell gis tilgang til journalen. Tilgang til journalopplysninger til andre enn behandlende og samarbeidende helsepersonell krever som hovedregel samtykke fra pasienten.

²⁴ http://www.dagensmedisin.no/Global/Dagens_medicin_norge/Bilder/PDF/uttalelse_vedrørende_lydlogg_ved_AMK.pdf

Et viktig unntak fra ovennevnte hovedregel er § 6-2, hvor tilsynsmyndighetens tilgang til pasientjournaler er regulert.

Ivaretagelse av informasjonssikkerhet i helseinstitusjoner stiller høye krav til planlegging, gjennomføring og overvåking av at systemene fungerer forsvarlig. Ledelsen ved den enkelte virksomhet må derfor sørge for at de krav som stilles i lov og forskrift til journal- og informasjonssystemer overholdes. En slik plikt fremkommer blant annet av [helseregisterloven § 17](#).

Ved endringslov²⁵ til helseregisterloven og helsepersonelloven, ble helseregisterloven endret slik at det nå i forskrift kan gis bestemmelser om virksomhetsovergrepene, behandlingsrettede helseregistre for helsepersonell med formalisert arbeidsfellesskap, jf. [helseregisterloven § 6 b](#). I samme lov ble også [§ 13](#) endret slik at det åpnes for tilgang til pasientjournal på tvers av virksomhetene. Det er gitt forskrift med hjemmel i [helseregisterloven § 13](#). Forskrift til [helseregisterloven § 6 b](#) er under utarbeidelse.

Første ledd, andre punktum pålegger virksomheter som omfattes av loven å ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Kravet forutsetter at virksomheter som samarbeider med hverandre har dialog og effektivt samarbeid om journal- og informasjonssystemenes utvikling. Virksomhetene bør derfor søke kunnskap om samarbeidende virksomheters journal- og informasjonssystemer. Kravet innebærer blant annet at man tar i bruk nasjonale standarder og funksjonskrav der disse er omforent eller fastsatt av myndighetene. Dette innebærer at funksjonskrav og krav til standardisering bør inngå allerede i planleggingsfasen av og i anskaffelsesgrunnlaget for en nyanskaffelse eller videreutvikling. Tilsvarende forpliktelse er for kommuner nedfelt i [helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10](#).

Annet ledd. I bestemmelsens annet ledd er departementet gitt hjemmel til i forskrift å gi nærmere regler om drift, innhold og opprettelse av journal- og informasjonssystemer. Departementet har med hjemmel i blant annet denne bestemmelsen gitt journalforskriften²³.

Tredje ledd. Bestemmelsens tredje ledd gir Kongen hjemmel til å stille særskilte krav ved elektronisk behandling av journaler. Bestemmelsen er likelydende med [helsepersonelloven § 46](#). Det er vedtatt en forskriftshjemmel i [helseregisterloven § 6 fjerde ledd](#) som gir adgang til å fastsette forskrifter med bestemmelser om at opplysninger i behandlingsrettet helseregister skal behandles elektronisk, m.a.o. et krav om elektronisk føring av pasientjournal.

En forskrift om elektroniske journaler og sikring av helseopplysninger vil berøre både Statens helsetilsyns og Datatilsynets myndighetsområder. Det vises for øvrig til helseregisterloven, personopplysningsforskriften²⁶ (spesielt kapittel 2) og Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren (se www.normen.no) som gjelder regulering av informasjonssikkerheten ved elektronisk behandling av helse- og personopplysninger.

²⁵ [LOV-2009-06-19-68](#): (HOD) Lov om endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven

²⁶ [2000.12.15 nr. 1265](#): (FAD) Forskrift om behandling av personopplysninger

§ 3-2 a Plikt til bevaring, kassasjon og avlevering av pasientarkiv

Virksomheter i spesialisthelsetjenesten som omfattes av bevarings-, kassasjons- og avleveringsbestemmelsene i arkivlova kapittel II, skal avlevere sitt pasientjournalarkiv til Norsk helsearkiv, jf. arkivlova § 4.

Private virksomheter i spesialisthelsetjenesten plikter å bevare sitt pasientjournalarkiv og avlevere dette til Norsk helsearkiv etter at forskriftsmessig kassasjon er utført.

Taushetsplikt er ikke til hinder for avlevering etter første og andre ledd.

Bevaring, kassasjon og avlevering etter første og andre ledd skal skje i samsvar med bestemmelser gitt i forskrift med hjemmel i arkivlova § 12 og helseregisterloven § 8 a.

Kommentarer til § 3-2 a:

I **første ledd** blir det slått fast at virksomheter i spesialisthelsetjenesten som er omfattet av bevarings-, kassasjons- og avleveringsbestemmelsene i [arkivlova kapittel 2](#), skal avlevere sitt pasientjournalarkiv til [Norsk helsearkiv](#). Avleveringsplikten vil bli nærmere regulert i forskrift.

Pasientdokumentasjonen som skal avleveres til Norsk helsearkiv, lagres systematisk slik at opplysninger om hver enkelt pasient kan finnes igjen. Arkiveringen av pasientjournaler hos Norsk helsearkiv vil omfattes av helseregisterloven sin definisjon av helseregister, og vil være et sentralt helseregister med personidentifiserbare opplysninger, hvor opplysningene kan behandles uten de registrertes samtykke. Dette helseregisteret har fått betegnelsen Helsearkivregisteret og er hjemlet i [helseregisterloven § 8 a](#).

Andre ledd pålegger private virksomheter i spesialisthelsetjenesten en plikt til å bevare sitt pasientjournalarkiv og å avlevere dette til Norsk helsearkiv etter at forskriftsmessig kassasjon er utført. Private virksomheter har den samme dokumentasjonsplikten etter helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal. På denne bakgrunn er det naturlig at pasientdokumentasjon fra offentlige og private virksomheter blir behandlet etter de samme retningslinjene når det gjelder spørsmål om bevaring av opplysninger for ettertiden.

I **tredje ledd** er det presisert at taushetsplikten ikke er til hinder for avlevering etter første og andre ledd. En slik forutsetning ligger innebygd i selve avleveringsbegrepet og i avleveringsplikten etter arkivlova. Erfaring har vist at en uttrykkelig forutsetning om dette likevel vil kunne ha en pedagogisk funksjon og hindre misforståelser når avlevering skal gjennomføres.

I **fjerde ledd** er det slått fast at bevaring, kassasjon og avlevering etter første og andre ledd skal skje i samsvar med forutsetningene gitt i forskrift med hjemmel i [arkivlova § 12](#) og [helseregisterloven § 8 a](#).

§ 3-3 Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten²⁷

Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen.

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal uten hinder av taushetsplikt straks sende melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Meldingen skal ikke inneholde direkte personidentifiserende opplysninger.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal behandle meldingene for å bygge opp og formidle kunnskap til helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om tiltak som kan iverksettes for å forbedre pasientsikkerheten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal sikre at opplysninger om enkeltpersoner ikke kan tilbakeføres til den det gjelder.

Ved mistanke om alvorlig systemsvikt skal Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten varsle Statens helsetilsyn.

Melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten kan ikke i seg selv danne grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak om reaksjon i medhold av helsepersonelloven kapittel 11. Det samme gjelder for begjæring om påtale etter helsepersonelloven § 67 annet ledd.

Departement kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om meldinger som nevnt i annet ledd, herunder om innholdet i meldingene. Departementet kan bestemme at meldeplikten også skal gjelde for spesialisthelsetjenester som ikke er omfattet av annet ledd.

Kommentarer til § 3-3:

Første ledd fastsetter at formålet med meldeplikten er bedre pasientsikkerhet ved at meldingene brukes for å avklare årsaker til hendelsen, for så å forebygge at tilsvarende hendelse skjer igjen.

Annet ledd fastsetter adressat for meldingene til Kunnskapssenteret. Melding skal sendes «straks». Med straks menes senest 24 timer etter at forholdet ble kjent. Dette er en vesentlig endring i forhold til tidligere krav («snarest mulig»). Meldingen som sendes fra helseinstitusjonen til Kunnskapssenteret skal ikke inneholde personidentifiserende opplysninger.

Meldeplikten gjelder for alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, slik at både private og offentlige helseinstitusjoner omfattes. Private spesialister, herunder spesialister som har inngått avtale med helseforetak/regionale helseforetak, omfattes ikke av meldeplikten.

Tredje ledd gir for det første Kunnskapssenteret behandlingsgrunnlag for å innhente og registrere opplysninger. Det skal ikke registreres personidentifiserbare opplysninger, men mange variabler kan gjøre opplysningene indirekte identifiserbare. For det annet angis

²⁷ Forskrifter med hjemmel i § 3-3:

[2005.02.04 nr 0080](#): (HOD) Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre (blodforskriften)

[2008.03.07 nr 0222](#): (HOD) Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev

formålet med behandlingen av meldingene. Kunnskapssenteret skal behandle meldinger om uønskede hendelser med sikte på å bidra til læring og forbedring internt i helseforetak eller annen spesialisthelsetjeneste. Det forutsettes at Kunnskapssenteret også kan innhente supplerende informasjon i forbindelse med behandling av meldingene. Kunnskapssenteret skal komme med råd og forslag til videre håndtering, men det er spesialisthelsetjenesten selv som velger hvordan hendelsen videre skal følges opp. Kunnskapssenteret skal også behandle meldingene for å samle og dele kunnskap med helsepersonell, helse- og omsorgstjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter, om tiltak som kan iverksettes for å bedre pasientsikkerheten.

Det fremgår av **fjerde ledd** at Kunnskapssenteret skal sikre konfidensialitet for både basismelder, involvert helsepersonell og virksomheten. Hensikten med bestemmelsen er å sikre at personell som kan identifiseres ut fra informasjonen i meldingene, ikke skal kunne spores i læringsinformasjon som publiseres eller annen informasjon som gis fra meldesystemet.

Femte ledd forutsetter at dersom Kunnskapssenteret får opplysninger gjennom meldingene som tyder på alvorlig systemsvikt som krever tilsynsmessig oppfølging, skal det varsle Statens helsetilsyn. Med alvorlig systemsvikt menes at det på bakgrunn av en eller flere meldinger vurderes at risikoen for at pasienter blir utsatt for betydelig skade i spesialisthelsetjenesten er så stor, at det er behov for at Statens helsetilsyn vurderer å gripe inn for å forhindre at slik skade oppstår i fremtiden.

Det kan ikke reises tilsynssak eller begjæres påtale mot helsepersonell på grunnlag av selve meldingen, jf. **sjette ledd**. Det er ikke handlingen som er vernet ved den foreslåtte bestemmelsen. Tilsynsmyndigheten eller påtalemyndigheten kan ikke bruke selve meldingen til Kunnskapssenteret som grunnlag for å innlede en sak mot personellet. Dersom tilsynsmyndigheten får kjennskap til saken på annen måte, for eksempel fra pårørende, kan tilsynssak og eventuelt straffesak opprettes. Likeledes gjelder vernet bare tilsynssak eller straffesak mot enkeltpersoner, ikke mot virksomheten.

I **syvende ledd** gis departementet hjemmel til å gi nærmere bestemmelser om varslingsplikten, blant annet om hvilke opplysninger varselet skal inneholde (viderefører gjeldende rett).

Se veileder fra Helsedirektoratet, [IS-1997](#) som utdyper meldeplikten. Se også blodforskriften om melding og registrering av helseopplysninger i blodgiverregistre²⁸ og Kunnskapssenterets internettside www.melde.no

§ 3-3 a Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser

For å sikre tilsynsmessig oppfølging skal helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om varsling som etter første ledd, herunder om innholdet i varslene. Departementet kan i forskrift også bestemme at andre helsetjenester enn de som fremgår av første ledd, skal omfattes av varslingsplikten.

²⁸ [2005.02.04 nr. 80](#): (HOD) Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring og distribusjon av humant blod og blodkomponenter, og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre

Kommentarer til § 3-3 a:

Ved vurderingen av om en hendelse er meldepliktig etter denne bestemmelsen skal det legges vekt på om hendelsen kan skyldes feil, forsømmelser eller uhell på system- og/eller individnivå, om det er uklart hva som har skjedd, og om saken fremstår som kompleks.

Departementet understreker at dette er momenter som det skal legges vekt på i en total vurdering av om hendelsen skal meldes. Det vises til at man etter hvert vil få erfaringer med hvordan disse momentene tolkes av tjenesten.

Med straks menes at varselet må sendes snarest, og senest påfølgende dag. Det forutsettes at tilsynsmyndighetene fører dialog både med ansvarlig ledelse, pasient, pårørende og involvert personell i den utstrekning det er nødvendig for at saken skal bli tilstrekkelig opplyst.

Virksomheter under spesialisthelsetjenesten som ikke er helseforetak, eller som ikke har avtale med helseforetak, omfattes ikke av bestemmelsen.

I annet ledd gis departementet hjemmel til å gi nærmere bestemmelser om varslingsplikten, blant annet om hvilke opplysninger varselet skal inneholde.

Departementet gis også hjemmel til å bestemme at andre tjenesteytere enn de som omfattes av første ledd skal omfattes av varslingsplikten. Et eksempel på dette kan være legespesialister uten avtale.

§ 3-4 Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg

Helseinstitusjon som omfattes av denne lov, skal opprette kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg som ledd i det systematiske arbeidet institusjonen skal utføre i henhold til § 2-1 a tredje ledd og § 3-4 a.

Utvalgene kan uten hinder av taushetsplikt kreve opplysninger som er nødvendige for utførelse av deres arbeid.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere bestemmelser om utvalgenes arbeid, herunder om informasjon til pasienter og om habilitet for utvalgets medlemmer.

Kommentarer til § 3-4:

I bestemmelsen stilles det krav om at helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven skal opprette kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg som del av internkontrollen og det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Kvalitetsutvalgene har vært et sentralt bindeledd mellom Helsetilsynet og virksomheten vedrørende den tidligere meldeplikten til Helsetilsynet om pasientskader. Ved at meldeplikten nå er endret vil kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalgenes funksjon og rolle også endres til en viss grad, blant annet ved at håndtering av hendelsen vil måtte foregå etter at hendelsen er meldt. Det vil nå være Kunnskapscenteret som vil kunne bistå utvalgene med råd og forslag i den videre prosessen. Det er imidlertid helsetjenesten selv som velger hvordan hendelsen videre skal følges opp.

Det vil være opp til institusjonen å bestemme fra hvem eller fra hvilket nivå i institusjonen meldingen skal sendes. Dette vil for eksempel være beslutninger som det er naturlig at kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalgene tar del i.

Kvalitetsutvalg er erstattet med kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg for å få tydelig frem at også arbeidet med pasientsikkerhet bør være en del av disse utvalgenes mandat. Det vil være opp til virksomheten om det skal opprettes ett eller flere utvalg. Ansvar for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid ligger på ledelsen, selv om det er opprettet slike utvalg, jf. §§ 2-1 a tredje ledd og 3-4 a.

Annet ledd gir utvalgene hjemmel til å kreve de opplysningene som er nødvendige for å utføre arbeid i utvalgene.

Tredje ledd gir departementet hjemmel til å gi nærmere bestemmelser i forskrift.

§ 3-4 a Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første ledd.

Kommentarer til § 3-4 a:

Bestemmelsen inneholder plikt for enhver som yter helsetjenester etter loven til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Tilsvarende bestemmelse er gitt i [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2](#). Bestemmelsen må videre ses i sammenheng med § 2-2 om plikt til forsvarlighet fordi det å sørge for forsvarlige tjenester er en kontinuerlig prosess som blant annet fordrer at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring.

Pliktsubjektet «enhver som yter helsetjenester etter denne lov» tilsvarer pliktsubjektet i [helsetilsynsloven § 3](#). Ledere på alle nivå, også den øverste ansvarlige leder, har ansvar for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, det vil også si ansvar for internkontroll, som har som formål å bidra til faglig forsvarlige tjenester.

Innføring av plikt for enhver som yter spesialisthelsetjeneste til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid er et prosesskrav, og ikke et krav til et bestemt nivå av kvalitet. Prosesskravet setter først og fremst et krav til systematisk styring og ledelse av den aktuelle tjenesten og tydeliggjør at dette er en viktig virksomhetsoppgave. Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet skal være en del av virksomhetens internkontroll.

Pasientsikkerhetsbegrepet tar utgangspunkt i å verne pasienter mot å bli påført skade eller bli utsatt for risiko for skade når de mottar spesialisthelsetjenester eller søker slike tjenester.

Systematisk pasientsikkerhetsarbeid er alle systematiske tiltak for å opprette og vedlikeholde vern mot unødig skade. Det vises til Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «*I trygge hender*» som gjennomføres i helse- og omsorgstjenesten i perioden 2011-2013. Les mer på www.pasientsikkerhetskampanjen.no

I **annet ledd** gis departementet hjemmel til å gi forskrift med nærmere bestemmelser, blant annet om innholdet i plikten etter første ledd.

§ 3-5 Om deltakelse i undervisning og opplæring²⁹

De regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen.

Departementet kan gi forskrifter om plikten til å delta i undervisning og opplæring, herunder om private helseinstitusjoners plikt.

Kommentarer til § 3-5:

Bestemmelsens formål er å sikre utdanning av personell som er avhengig av å få deler av sin opplæring ved institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene er pliktige til å sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen. Det er både gitt forskrift om turnustjeneste og om de krav som stilles til veiledning for å gi allmennlegene rett til trygderefusjon³⁰.

§ 3-6 Særlige plikter i forbindelse med barns institusjonsopphold³¹

Departementet kan gi forskrift om helseinstitusjonenes særlige plikter i forhold til barn som oppholder seg i institusjonen, herunder bestemmelser om dekning av pårørendes utgifter til mat, reise og overnatting når de av hensyn til barnet oppholder seg i institusjonen store deler av døgnet.

Kommentarer til § 3-6:

Helseinstitusjonenes særlige plikter overfor barn som oppholder seg i institusjonen er regulert i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon³¹. I forskriften er det gitt utfyllende kommentarer til de enkelte bestemmelsene.

Forskriften definerer barn som personer under 18 år. I forskriften er det gitt regler om barns rett til samvær med foreldre under institusjonsoppholdet, dekning av foreldres reise- og oppholdsutgifter, og institusjonens plikt til å sørge for aktivisering og undervisning så langt barnets helsetilstand tillater det. Barnet har i utgangspunktet rett til å ha en av foreldrene til stede under hele oppholdet. Ved alvorlig sykdom skal begge foreldre få være hos barnet. Forskriften gir også retningslinjer for hvordan sykehuset skal forholde seg til foreldrenes behov under barnets opphold i institusjonen.

²⁹ Forskrifter med hjemmel i § 3-5:

[2001.12.20 nr 1549](#): (HOD) Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege

[2005.12.19 nr 1653](#): (HOD) Forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon

[2009.09.09 nr 1175](#): (HOD) Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som fysioterapeut

³⁰ [2005.12.19 nr. 1653](#): (HOD) Forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon

³¹ Forskrifter med hjemmel i § 3-6:

[2000.12.01 nr 1217](#): (HOD) Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon

Bestemmelsen må ses i sammenheng med pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser om barns særlige rettigheter i helseinstitusjon, se [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 6](#).

Det viser også til [rundskriv IS-12/2004](#) lov om pasientrettigheter³².

§ 3-7 a Om barneansvarlig personell mv.

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om barneansvarlig personell i forskrift.

Kommentarer til § 3-7 a:

Helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten skal ha tilstrekkelig personell med særlig ansvar for å ivareta og koordinere oppfølging av mindreårige barn til psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter. Formålet med ordningen er å sikre at barnas behov blir ivaretatt, og at pasientene får tilbud om hjelp til å mestre foreldrerollen. Ordningen skal også ivareta den kontakt og det samarbeid som er nødvendig overfor de tjenester i kommunen som har tilsvarende oppgaver. Det er ikke nødvendig å opprette en egen stilling for å ta seg av denne funksjonen, men oppgaven skal prioriteres når behovet melder seg.

Plikten til å ivareta barna i konkrete situasjoner hviler i utgangspunktet på det helsepersonellet som har ansvaret for behandlingen av den syke forelder, jf. [helsepersonelloven § 10 a](#). De barneansvarlige bør først og fremst sette arbeidet i system, holde helsepersonellet oppdatert og fremme fokuset på barna. Det vil være opp til den enkelte helseinstitusjon å vurdere arbeidsoppgavene til den barneansvarlige ut fra lokale forhold.

Det er ikke stilt særskilte kvalifikasjonskrav til rollen som barneansvarlig. Arbeidsgiver må imidlertid innhente politiattest etter [helsepersonelloven § 20 a](#) for de som skal arbeide med barn og personer med funksjonshemning. Det er et ansvar for arbeidsgiver å finne frem til rett person på grunnlag av det ansvaret og de oppgavene som blir lagt til stillingen. Det er ikke et krav om at den barneansvarlige har helsefaglig utdanning. For eksempel kan sosionomer også ivareta oppgaven.

Det er et ledelsesansvar å sørge for at institusjonen utarbeider og implementerer retningslinjer og prosedyrer for hvordan man skal organisere arbeidet med barn som pårørende. Disse må inneholde barneansvarliges roller og oppgaver, samt oppgavefordeling mellom behandlingsansvarlig og barneansvarlig. Det påligger virksomheten å sørge for at barneansvarlig har/får nødvendig kompetanse og kapasitet til å utføre oppgaven. Virksomheten må ha en plan for kompetanseutvikling og sørge for at de barneansvarlige mottar systematisk veiledning.

Bestemmelsen må sees i sammenheng med [helsepersonelloven § 10 a](#).

³² Rundskriv vil bli revidert

Helsepersonell som driver privat praksis har også et ansvar for å ivareta barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig sykdom eller skade etter helsepersonelloven § 10a, men har ikke plikt til å utnevne barneansvarlig personell.

Barn kan også ha behov for å bli ivaretatt selv om sykdommen/skaden ikke anses som alvorlig. Det er viktig å fokusere på at det er barnets behov som skal ligge til grunn for tilbudet det skal få. Når barnet er av den oppfatning at situasjonen eller tilstanden for foreldrene er alvorlig, bør det gis informasjon til barnet. Helsepersonelloven setter ingen øvre grense når det gjelder omfang eller type hjelp.

Det vises for øvrig til [rundskriv IS-5/2010](#) om barn som pårørende.

§ 3-8 Sykehusenes oppgaver

Sykehus skal særlig ivareta følgende oppgaver:

- 1. pasientbehandling,**
- 2. utdanning av helsepersonell,**
- 3. forskning, og**
- 4. opplæring av pasienter og pårørende.**

Kommentarer til § 3-8:

Bestemmelsen definerer fire hovedoppgaver for sykehusene. Hensikten er å klargjøre at også utdanning, forskning og opplæring av pasienter/pårørende er hovedoppgaver for sykehus som må inkluderes i sykehusledelsens planlegging av virksomheten. Ordet særlig angir at dette ikke er noen uttømmende beskrivelse av sykehusenes oppgaver. Begrepet «pasientbehandling» dekker i denne sammenheng alle sykehusets aktiviteter vedrørende undersøkelse, behandling, pleie og habilitering/rehabilitering.

I tillegg til de oppgavene som tradisjonelt knyttes til sykehus er en fjerde hovedoppgave lovpålagt for sykehusene: Det gjelder opplæring av pasienter og pårørende. Opplæring har alltid vært en oppgave for sykehuset, uten at dette har vært spesielt fremhevet. Når dette ble tatt med i bestemmelsen fra 2001 var det spesielt med tanke på behovet for, og viktigheten av, opplæringstilbud til personer med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne. Tilbudet må også omfatte barn, unge og deres familier. Evne til mestring er avhengig av opplæring. God opplæring vil også kunne bidra til å redusere komplikasjoner og til å forbedre livskvaliteten for den enkelte. Pasienters rett til medvirkning og informasjon i forbindelse med helsehjelpen er regulert i [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3](#). Hvem som er pårørende er definert i loven [§ 1-3](#).

Begrepet sykehus har ingen definisjon i denne loven. I forarbeidene til loven legger imidlertid departementet til grunn at sykehus tjenester omfatter medisinsk undersøkelse og behandlingsevne som tilrettelegges slik at pasienten kan beholdes over natten når dette er ønskelig eller nødvendig av medisinske grunner. Se også kommentaren til § 2-1 a første ledd nr. 1 og kommentarer til § 3-9.

Bestemmelsen tar ikke sikte på å si noe om hvor mye av ressursene på et sykehus som skal brukes på de enkelte oppgavene.

§ 3-9 Ledelse i sykehus

Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner.

Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.

Kommentarer til § 3-9:

Formålet med bestemmelsen er å sørge for at sykehusene etablerer klare ansvarslinjer og ansvarsforhold for ledere på alle nivåer i sykehusorganisasjonen. I forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven uttales at: "Klare ansvarsforhold er en viktig premis for at sykehus skal fylle kravene til forsvarlighet og sykehusets øvrige målsetninger".

Begrepet «*sykehus*» må ses i sammenheng med de andre bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven som tillegger sykehus særskilte plikter og oppgaver. Med sykehus menes offentlige sykehus, distriktpsikiatriske sentre eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak.

Første ledd. Bestemmelsen regulerer organiseringen av ledelsesansvar i sykehus og fastsetter prinsippet om at det skal være én ansvarlig leder på alle nivåer. Det er således ikke anledning til å dele det formelle ansvaret på flere. For øvrig er utformingen av organisasjonen og ledelsesstrukturen omfattet av eiers og arbeidsgivers styringsrett og i liten grad regulert med konkrete krav. Det er en forutsetning at styringsretten benyttes innenfor lovpålagte rammer, hvor kravet til forsvarlighet i § 2-2 står sentralt.

Kravet gjelder alle offentlige og private sykehus, både somatiske og psykiatriske, samt også private rehabiliterings- og rusinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak, og som er omfattet av fritt sykehusvalg.

Bestemmelsen gjelder enhver organisatorisk enhet som i henhold til sykehusets struktur og beslutningssystem er tillagt forvaltning av nærmere angitte ressurser, herunder personalressurser. Typiske enheter vil være: divisjon, klinikk, blokk, avdeling og seksjoner. Bestemmelsen vil også gjelde for andre utskilte organisatoriske enheter som er gitt den administrative forvaltningen av personell og ressurser.

Det er den øverste ledelsen i sykehuset som ivaretar tjenesteansvaret og arbeidsgiveransvaret utad. Ledelsen kan delegere oppgaver og beslutningsmyndighet til ledere på lavere nivåer, men øverste ledelse beholder likevel ansvaret for at oppgavene blir utført på en tilfredsstillende og forsvarlig måte, og er også den som kan stilles til ansvar utad.

Ledere på alle nivåer har myndighet til å instruere de oppgavene som er delegert videre. Delegasjonen kan alltid trekkes tilbake, helt eller delvis. Både delegasjon og instruksjonsmyndighet er en del av arbeidsgivers styringsrett, og er ikke særlig regulert i helselovgivningen. Her vil både arbeidsmiljøloven og avtaleverket være bestemmende for det nærmere innholdet i styringsretten. Eiers (RHF) styringsrett er regulert i helseforetaksloven, og det er klare regler for hvordan denne kan utøves.

Ledelsen i sykehuset har et helhetlig ansvar, både administrativt og faglig. Ledelsen må også legge til rette for at det enkelte helsepersonell kan overholde sine lovpålagte plikter. Ledelsens totalansvar innebærer å forvalte de ressursene som de er tildelt, herunder tilrettelegge og styre den virksomhet som skal utøves innenfor de rammer som følger av lover, forskrifter og faglige krav. Ansvaret omfatter også innholdet i den medisinske behandlingen, og det er ledelsen i helseforetaket og sykehuset som har det overordnede ansvaret for at pasientene får en forsvarlig behandling. Det er denne ledelsen som på vegne av helseforetaket kan stilles til ansvar for svikt eller uforsvarlighet. Det gjelder både overfor tilsynsmyndighetene, overordnede helsemyndigheter, og overfor pasientene. Dette gjelder selv om pasientenes erstatningsordning i dag er kanalisert inn i Norsk pasientskadeerstatning.

Loven stiller ikke, med unntak av forsvarlighetskravet, særskilte krav til den enkelte leders kvalifikasjoner. Det betyr at det er arbeidsgiver som med utgangspunkt i det grunnleggende kravet om forsvarlig virksomhet, må stille kompetansekrav til ledere i sykehusene. Kompetansekravet må vurderes konkret i den enkelte situasjon. Også personer uten helsefaglig utdanning kan lede sykehus. Departementet har gitt ut [rundskriv I-9/2002](#) som tydeliggjør lovens krav til ledelse i sykehus.

Annet ledd. Både eier og ledelse i helseforetakene må vurdere om kravet til forsvarlighet ivaretas gjennom det styrings- og ledelsessystem som er etablert, eller om det er nødvendig med medisinskfaglige rådgivere på ulike nivåer. Det er ingen grunn til å utpeke medisinskfaglige rådgivere hvis lederen selv har tilstrekkelig medisinskfaglig kompetanse på de aktuelle områder. Men selv om lederen ikke har tilstrekkelig kompetanse på det aktuelle medisinskfaglige området, er det ikke en plikt til å utpeke en medisinskfaglig rådgiver. Det er bare dersom forsvarlighetskravet gjør det nødvendig at en slik plikt foreligger. Lederen kan etter behov rådføre seg med sine underordnede eller andre med slik kompetanse uten at dette må formaliseres i en rådgiverrolle. Det sentrale for en slik vurdering er om organisering, systemer og kompetanseforhold for øvrig sikrer at de nødvendige medisinskfaglige råd trekkes inn i beslutningsprosessen. Dersom det pekes ut en medisinskfaglig rådgiver skal denne også kunne gi råd om hvilken kompetanse som er nødvendig for gjennomføring av ulike oppgaver. Den medisinskfaglige rådgiveren skal bidra til at hensynet til medisinskfaglige forhold blir tilstrekkelig vektlagt, men skal ikke selv ha beslutningsmyndighet. Den medisinskfaglige rådgiveren kan ikke stilles til ansvar for de beslutninger ledelsen tar, men kan selvfølgelig stilles til ansvar for de råd som gis til ledelsen.

§ 3-10. Opplæring, etterutdanning og videreutdanning

Virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.

Kommentarer til § 3-10:

Etterutdanning brukes om ajourføring, supplering og komplettering av kunnskap og ferdighet som er tilegnet gjennom helsefaglig grunnutdanning. Det er ikke tilstrekkelig å overlate til den enkelte helsearbeider å ajourføre seg innen sitt fagfelt. Virksomheten har et selvstendig ansvar for å legge forholdene til rette blant annet ved permisjoner og økonomisk støtte til for eksempel eksterne kurs og konferanser.

Med videreutdanning siktes det til formidling av kunnskaper som bidrar til å gi kvalifikasjoner på et høyere nivå enn grunnutdanning. Bestemmelsen må ses i sammenheng med forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten³³ hvor det i § 4 blant annet fremgår at den/de ansvarlige for virksomheten skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll.

§ 3-11. Om informasjon

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

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

Departementet kan gi forskrift om det nærmere innhold i informasjonsplikten etter første og annet ledd.

Kommentarer til § 3-11:

Første ledd. Bestemmelsen pålegger den enkelte helseinstitusjon en informasjonsplikt for å sikre at allmennheten kan benytte seg av sine rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven. Begrepet «*allmennheten*» er ikke definert i forarbeidene³⁴ til bestemmelsen, men det fremgår der blant annet: «*Bestemmelsen oppstiller en plikt for eier av helseinstitusjoner til å gi befolkningen den informasjon som er nødvendig for at disse skal kunne ivareta sine rettigheter etter pasientrettighetsloven. [...] Det er her bl a tenkt på informasjon som er nødvendig for å kunne ivareta retten til fornyet vurdering og retten til fritt sykehusvalg som foreslått i lov om pasientrettigheter.*»

Bestemmelsen ble endret ved helseforetaksloven. Ved endringen ble plikten til å informere lagt til helseinstitusjon i stedet for som tidligere til eier. Bestemmelsen innebærer også en plikt til å lage systemer for å sikre at allmennheten får den informasjonen de har krav på. Dette gjelder både offentlige og private helseinstitusjoner.

Informasjonens form og innhold skal være tilpasset pasienters forutsetninger. Dette gjelder generelt, og særlig i forhold til pasienter med annen språklig og etnisk kulturell bakgrunn. I mange tilfeller vil tilpassingen av informasjon innebære at man må vurdere bruk av tolk, det vises i denne sammenheng til [veileder IS-1022](#) om helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familieegjenforente, og veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene, [IS-1924](#).

Informasjonsplikten er pålagt den enkelte helseinstitusjonen, og ledelsen i institusjonen må sørge for at dette ansvaret ivaretas på en forsvarlig måte. Informasjonsplikten omfatter alt som er nødvendig for at pasientene skal kunne ivareta sine rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Det gjelder informasjon om rett til nødvendig helsehjelp og rett til vurdering og fornyet vurdering, om frister som skal settes og overholdes, og informasjon om hvilke rettigheter som utløses dersom fristene ikke overholdes, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 b og 2-3](#).

³³ [2002.12.20 nr. 1731](#): (HOD) Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

³⁴ [Ot.prp. nr. 10 \(1998-1999\)](#)

Videre skal informasjonen også omfatte retten til fritt sykehusvalg jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4](#). Skal pasientens rett til å velge sykehus innebære et reelt valg, kreves det informasjon om de tilbud, ventelister, kvalitetsindikatorer o.l. som gjelder for det enkelte sykehus.

Informasjonsplikten omfatter informasjon om retten til individuell plan, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5](#).

Informasjonsplikten skal også sikre at pasienten får informasjon om klageadgangen etter [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7](#) for de tilfellene pasienten mener at vedkommende ikke har fått oppfylt retten til nødvendig helsehjelp etter samme lov [§ 2-1 b](#).

Det enkelte helsepersonell er i henhold til [helsepersonelloven § 10](#) også pålagt en plikt å gi informasjon til pasienter m.v. Det er videre en plikt for helseinstitusjonen å legge til rette for at helsepersonellet kan oppfylle sin informasjonsplikt. Det følger både av egen informasjonsplikt og av forsvarlighetskravet i § 2-2. Samtidig fastslår [helsepersonelloven § 16](#) at virksomhetene har et ansvar for å organisere driften på en slik måte at helsepersonellet kan overholde sine lovpålagte plikter.

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets brev til helseforetakene om informasjonsplikten når det gjelder fristbrudd³⁵.

Pasienter som mottar hele eller deler av helsehjelpen i utlandet vil ha rett til informasjon om den helsehjelpen som ytes i utlandet av tjenesteyter i det aktuelle landet. Pasientsikkerhetsdirektivet³⁶ har i artikkel 4 nr. 2 bokstav b bestemmelser om dette.

Annet ledd viser til [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 siste ledd](#) hvor det fremgår at brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

Tredje ledd. Departementet er gitt adgang til å forskriftsregulere innholdet i informasjonsplikten. Det er per i dag ikke gitt forskrifter om informasjonsplikten.

§ 3-12 Henvisning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal vurdere henvisning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten om behandling som nevnt i § 2-1 a første ledd nr. 5.

Kongen kan fastsette nærmere forskrifter om den kommunale helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens adgang til å henvise til behandling som nevnt i § 2-1 a første ledd nr. 5.

Kommentarer til § 3-12:

Etter **første ledd** skal institusjoner innen spesialisthelsetjenesten vurdere henvisninger fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og sosialtjenesten dersom henvisningen

³⁵ [Brev](#) av 20.09.2010 fra Helse- og omsorgsdepartementet til helseforetakene

³⁶ [Europa-parlamentets og rådets direktiv 2011/24/EU av 9. mars 2011](#)

gjelder tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet. Det anbefales at det samarbeides med lege om en henvisning.

Henvisningene skal likestilles med henvisning fra lege når det gjelder poliklinisk refusjon. Se forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak³⁷. Helsedirektoratets [veileder IS-1922](#) gir informasjon om bruk av elektronisk henvisning og epikrise.

Bestemmelsen i § 3-12 må sees i sammenheng med bestemmelsen [i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2](#) om retten til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 dager. Etter [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 annet ledd](#) kan rusmiddelavhengige ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter en individuell vurdering av helsetilstand og behovet for helsehjelp. Pasienten skal informeres om sin status som rettighetspasient, og at behandlingen skal gis innen en viss frist. Fastsettelsen av fristen skal baseres på en vurdering av når forsvarlighet krever at behandlingen senest gis. Også her skal pasientene informeres om hvilke rettigheter de har dersom fristen ikke overholdes.

Annet ledd gir hjemmel for Kongen til å fastsette nærmere forskrifter om den kommunale helse- og omsorgstjenestens og sosialtjenestens adgang til å henvise til behandling som nevnt i § 2-1 a første ledd nr. 5.

§ 3-13 Varsel til tilsynsmyndigheten

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal uten ugrunnet opphold varsle Fylkesmannen ved innleggelse med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3. Varsel skal også gis ved innleggelse med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4 dersom samtykket er gitt ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3.

Kommentarer til § 3-13:

Bestemmelsen pålegger helseinstitusjoner å varsle Fylkesmannen dersom det er fattet vedtak om tvang ved innleggelse av pasient med rusmiddelavhengighet etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 og 10-3](#). Varsel skal på samme måte gis hvis en pasient med en rusmiddelavhengighet går direkte over fra tvangsmessig innleggelse etter [§§ 10-2](#) eller [10-3](#) til innleggelse på grunnlag av samtykke etter [§ 10-4](#).

Spesialisthelsetjenesten har plikt til å gjennomføre de vedtak som er truffet i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven om tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke. Fylkesmannen er ansvarlig for tilsyn med denne virksomheten, og skal også føre tilsyn med at gjennomføringen av tvangsvedtaket skjer i tråd med fylkesnemndas vedtak.

³⁷ [2007-12-19 nr. 1761 \(HOD\)](#): Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak

§ 3-14 Adgang til tilbakeføring ved rømming fra behandling for rusmiddelavhengighet m.m.

Er en person plassert i en institusjon med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2, 10-3 eller 10-4, kan institusjonen begrense adgangen til å forlate institusjonen i den utstrekning det er nødvendig etter vedtakets formål.

Bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 gjelder tilsvarende for tjenester som nevnt i § 2-1 a første ledd nr. 5.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om tilbakeføring ved rømming fra institusjon etter plassering med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2, 10-3 eller 10-4, herunder regler om ansvar for innbringning, praktisk gjennomføring og saksbehandling.

Kommentarer til § 3-14:

Det er kun aktuelt å vurdere begrensninger i adgangen til å forlate institusjonen for personer som er plassert i institusjonen med hjemmel i [helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2, 10-3 eller 10-4](#). Ved vurderingen av om det er grunnlag for å begrense adgangen til å forlate institusjonen må det foretas en nødvendighetsvurdering i forhold til vedtakets formål. Forhold som det vil kunne være aktuelt å legge vekt på er fare for inntak av rusmidler, om vedkommende utsetter sin psykiske og/eller fysiske helse for ytterligere fare, fare for at vedkommende ikke kommer tilbake osv.

[Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2](#) gjelder tilbakehold av rusmiddelavhengige i institusjon uten eget samtykke. Følgende vilkår for tilbakehold må være oppfylt:

- den rusmiddelavhengige må ved sitt misbruk «utsette sin fysiske eller psykiske helse for fare»
- misbruket må være «omfattende og vedvarende»
- hjelpetiltak er ikke tilstrekkelig
- den rusmiddelavhengige må tas inn i institusjon for «undersøkelse og tilrettelegging av behandling».

[Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3](#) gjelder tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige. Følgende vilkår for tilbakehold må være oppfylt:

- misbruket må være av en slik art at det er «overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade» og hjelpetiltak er ikke tilstrekkelig.

[Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4](#) gjelder tilbakehold av rusmiddelavhengige i institusjon på grunnlag av eget samtykke. Følgende vilkår for tilbakehold må være oppfylt:

- samtykket må være skriftlig
- før samtykket gis må den rusmiddelavhengige informeres om hva samtykket innebærer og gjøres kjent med hvor lenge han eller hun kan holdes tilbake
- samtykket må være gitt til institusjonsledelsen senest når oppholdet i institusjonen starter.

Annet ledd viser til [helse- og omsorgstjenestelovens § 12-4](#) sine bestemmelser om gjennomføring av behandling av rusmiddelmisbruk ved opphold i institusjon. Forskrift til lov om sosiale tjenester kapittel 5 om beboeres rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for omsorg for og behandling av rusmiddelmisbrukere er videreført med hjemmel i [helse- og omsorgstjenestelov § 13-2](#).

Disse gjennomføringsbestemmelsene skal også gjelde for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk i institusjon.

Ny gjennomføringsforskrift skal hjemles i tråd med Stortingets lovvedtak i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 annet ledd med bakgrunn i [Ot. prp. nr. 53 \(2006-2007\)](#). Iverksetting av endring skjer på et senere tidspunkt når ny forskrift er fastsatt.

§ 3-15 Varsel til kommunen ved utskrivning

Når utskrivning fra tjeneste som nevnt i § 2-1 a første ledd nr. 5 bør medføre tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og pasienten ønsker det, skal kommunen varsles om utskrivningen i god tid på forhånd. Utskrivning skal planlegges og forberedes i samarbeid mellom berørte parter. Ved utskrivning etter innleggelse med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3, skal kommunen alltid varsles.

Kommentarer til § 3-15:

Dersom det vurderes som nødvendig med tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten i forbindelse med utskrivning fra tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for rusmiddelavhengighet, skal helse- og omsorgstjenesten ha varsel om utskrivningen i god tid på forhånd. Utskrivningen skal da planlegges og forberedes i samarbeid mellom berørte parter, det vil si den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Varsel etter denne bestemmelsen skal som hovedregel bare sendes dersom pasienten ønsker det. Det kreves imidlertid ikke samtykke fra pasienten for å varsle den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved utskrivning etter innleggelse med hjemmel i [helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3](#). Ved slik utskrivning skal den kommunale helse- og omsorgstjenesten alltid varsles. Før utskrivning bør det også vurderes om det skal utarbeides individuell plan, jf. § 2-5. De aller fleste pasienter som behandles i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet vil ha rett til å få utarbeidet en individuell plan, og også rusbehandlingsinstitusjonen har et ansvar for at dette blir gjort, jf. § 2-5. Tilsvarende har kommunen en plikt til å følge opp pasienten før, gjennom og etter et behandlingsopphold.

Opphold ved rusbehandlingsinstitusjoner vil kunne avsluttes ved at pasienten rømmer/forlater institusjonen uten at dette er planlagt og uten at pasienten hentes tilbake eller selv returnerer og fortsetter oppholdet. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal varsles også i slike tilfeller. Med mindre inntaket var hjemlet i [helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3](#) forutsetter varsling imidlertid at det er innhentet forhåndssamtykke fra pasienten og at dette samtykket fortsatt er gyldig.

God samhandling og forsvarlig oppfølging av pasientene innlagt etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4](#) tilsier at det også varsles ved utskrivning av denne pasientgruppen, forutsatt at pasienten samtykker til dette.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med [helsepersonelloven § 45](#) og kommentarer til denne bestemmelsen i [Rundskriv IS-8/2012 «Helsepersonelloven med kommentarer»](#).

§ 3-16³⁸

Kongen kan gi forskrift med nærmere regler om legemiddelassistert rehabilitering av rusmiddelmisbrukere og blant annet gi regler om:

- a) formål med legemiddelassistert rehabilitering
- b) kriterier for inntak og utskrivning
- c) krav om at det skal utarbeides individuell plan for alle pasienter i legemiddelassistert rehabilitering
- d) når individuell plan skal utarbeides og konsekvenser for behandlingen dersom individuell plan ikke foreligger
- e) ansvarsgrupper
- f) hvem som beslutter inntak og utskrivning fra legemiddelassistert rehabilitering
- g) adgang til å kreve urinprøver og blodprøver for kontrollformål.

Regler etter første ledd bokstav b og d kan gjøre unntak fra reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre og fjerde ledd.

Kommentarer til § 3-16:

Bestemmelsen gir anledning til å gi forskrifter om legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Det kan i medhold av bestemmelsen fastsettes regler om vilkår for inntak og utskrivning i LAR, selv om disse eventuelt begrenser pasientens rett til nødvendig helsehjelp etter [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b](#).

LAR-forskriften ble fastsatt ved kgl res. 18. desember 2009 med hjemmel i denne bestemmelsen og [helsepersonelloven § 11](#). Formålet med forskriften er å foreta nødvendig og proporsjonal særregulering for at LAR skal kunne tilbys pasienter som et tiltak mot opioidavhengighet.

Særreguleringen er nødvendig på grunn av bruken av sterkt vanedannende legemidler i forbindelse med LAR og skal motvirke misbruk av legemidler og forebygge skade på pasienter og tredjemann gjennom kontrolltiltak.

I forskriften stadfestes det at LAR er tverrfaglig spesialisert behandling. Beslutning om innskrivning og utskrivning av LAR skal treffes av lege i spesialisthelsetjenesten. Gjennomføringen av behandlingen, herunder rekvirering av legemidler, kan overlates til allmennlege i helse- og omsorgstjenesten.

Forskriften fastslår at LAR som hovedregel ikke skal være førstevalget ved behandling av opioidavhengighet, med mindre det etter den faglige vurderingen anses som det mest egnede og forsvarlige behandlingsalternativet. Pasientens alder og lengde på opioidavhengighet skal også tillegges vekt, for å forhindre at unge mennesker blir tilbudt langvarig substitusjonsbehandling som i seg selv er vanedannende.

Lege i spesialisthelsetjenesten beslutter individuelle utleveringsordninger av legemiddel som skal forhindre at legemidlene inntas i strid med legens rekvirering eller at legemidlene blir gjort tilgjengelig for andre enn pasienten selv. Videre kan det besluttes at legemidlet skal inntas under påsyn av helsepersonell når dette er nødvendig for å sikre forsvarlig behandling av pasienten, eller det er nødvendig for å forhindre at legemidlene inntas i strid

³⁸ Forskrifter med hjemmel i § 3-16:
[2009.12.18 nr 1641](#): (HOD) Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)

med legens rekvirering eller at legemidlene blir gjort tilgjengelig for andre enn pasienten selv. Det kan også besluttes at pasienter skal avlegge urinprøver, blodprøver og prøver av annet biologisk materiale for å sikre forsvarligheten i behandlingen. Disse beslutningene kan overlates til allmennlege i helse- og omsorgstjenesten.

Allmennlegens oppfølging av pasienter i LAR skal alltid skje i et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet har gitt ut «Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet», [IS-1701](#).

§ 3-17 Politiattest

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal innhente politiattest fra helsepersonell i samsvar med helsepersonelloven § 20 a.

Kommentarer til § 3-17:

Formålet med å innføre et krav om politiattest for helsepersonell er særlig å forebygge seksuelle overgrep mot barn og personer med utviklingshemning. Dette innebærer at politiattest skal innhentes ved tilbud om stilling, avtale, arbeidsforhold med videre der vedkommende helsepersonell i utøvelsen av sitt arbeid vil komme i kontakt med barn eller utviklingshemmede.

Kravet innebærer ikke at det må fremlegges politiattest ved enhver yrkesmessig kontakt med barn eller utviklingshemmede. Det presiseres at plikten ikke omfatter personell som bare sporadisk yter slike tjenester, og som i alminnelighet ikke vil være alene med barnet eller den utviklingshemmede.

Innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet og i den psykiske og somatiske spesialisthelsetjenesten omfatter kravet om politiattest helsepersonell på barne- og ungdomsavdelinger, på avdelinger for utviklingshemmede, samt på avdelinger som innebærer at en regelmessig har kontakt med og ansvar for barn eller utviklingshemmede. Likeledes vil kravet omfatte helsepersonell som er ansatt på spesifikke fagavdelinger eller fellesavdelinger som tilbyr tjenester til både barn og voksne, eksempelvis fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Helsepersonell på generell medisinsk eller kirurgisk avdeling vil vanligvis ikke omfattes av kravet om politiattest, selv om det til tider er pasienter under 18 år eller utviklingshemmede på disse avdelingene. Personell som nevnt vil i alminnelighet ikke være alene og uforstyrret med barn i en behandlingssituasjon. Arbeidsgiver må imidlertid også her foreta en konkret vurdering. Dersom arbeidsgiver mener at stillingen likevel innebærer at helsepersonell kan komme i situasjoner hvor det kan foretas seksuelle overgrep, for eksempel i forbindelse med daglig stell av pasientene, skal det innhentes politiattest.

Arbeidsgiver, offentlig og privat, skal kreve politiattest fremlagt i forbindelse med at det gis tilbud om stilling knyttet til å yte helsetjenester til barn eller utviklingshemmede. Det presiseres at det bare kan avkreves politiattest for de personer som faktisk får tilbud om ansettelse, ikke på et tidligere stadium i ansettelsesprosessen.

Det er ulike typer politiattester avhengig av formålet med attesten. Den type politiattest som skal legges frem av helsepersonell, er en avgrenset uttømmende politiattest, der nærmere bestemte seksualforbrytelser i henhold til straffeloven er oppregnet.

Det gjelder særskilte regler om politiattest for det psykiske helsevern, jf. [psykisk helsevernloven kapittel 4A](#).

For ytterligere omtale av [helsepersonelloven § 20 a](#)³⁹, se [rundskriv IS-8/2012](#) «Helsepersonelloven med kommentarer»

Kapittel 4 Godkjenning av helseinstitusjoner og helsetjenester. Legefordeling

§ 4-1 Godkjenning av helseinstitusjoner og helsetjenester⁴⁰

Sykehus må godkjennes av departementet før det kan yte helsetjenester.

Departementet kan gi forskrift om at det kreves godkjenning av departementet for

- a) andre typer helseinstitusjoner og helsetjenester enn nevnt i første ledd,
- b) vesentlige endringer i helseinstitusjoner eller tjenestetilbud som har godkjenning.

Ved vurderingen av om godkjenningen skal gis, kan det blant annet legges vekt på om samfunnsmessige eller faglige hensyn taler for at helseinstitusjonen eller helsetjenesten godkjennes, om helseinstitusjonen eller helsetjenesten er omfattet av planer utarbeidet av regionale helseforetak, jf. lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. § 34, og om de tjenester som skal ytes pasientene synes forsvarlige.

Departementet kan i hvert enkelt tilfelle knytte slike vilkår til godkjenningen som er påkrevet for å sikre oppfyllelse av denne loven og bestemmelser gitt i medhold av den.

Kommentarer til § 4-1:

Første ledd. I forskrift om godkjenning av sykehus mv.⁴⁰ er det gitt nærmere regler om godkjenning av sykehus. Se også helse- og omsorgsdepartementets [rundskriv I-4/2004](#) «Godkjenning av sykehus». I rundskrivet er det vist til de aktuelle bestemmelsene i lov og forskrift, samt gitt en presentasjon av prosedyrer for godkjenning. Rundskrivet er avgrenset mot spørsmål knyttet til rammebetingelser for beslutning om og gjennomføring av investeringsprosjekter.

Annet ledd. Departementet har ved forskrift etablert godkjenningsordninger for laboratorier og røntgeninstitusjoner, for blodbanker og for institusjoner som skal håndtere humane celler og vev. Det er Helsedirektoratet som er godkjenningsmyndighet etter disse forskriftene. Full oversikt over forskriftene og deres fulle navn er å finne på www.lovdata.no. Laboratorie- og

³⁹ Ved ikrafttredelse av ny politiregisterlov vil helsepersonelloven § 20 a bli endret

⁴⁰ Forskrifter med hjemmel i § 4-1:

[2000.12.01 nr 1276](#): (HOD) Forskrift om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet.

[2005.02.04 nr 0080](#): (HOD) Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre (blodforskriften)

[2007.12.19 nr 1761](#): (HOD) Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak

[2008.03.07 nr 0222](#): (HOD) Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev

[2010.12.17 nr 1706](#): (HOD) Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

røntgenvirksomhet som drives integrert i sykehus reguleres av forskrift om godkjenning av sykehus.

Forskriften angir at private og offentlige sykehus skal søke om godkjenning ved nyetablering av sykehusvirksomhet og ved utbygging og ombygging av sykehus.

Tredje ledd. Det fremgår av bestemmelsen at både samfunnsmessige og faglige hensyn kan vektlegges i vurderingen av om godkjenning skal gis.

Fjerde ledd. Bestemmelsen legger til grunn at det er anledning til å stille vilkår ved godkjenning av institusjoner. Vilkårene skal begrenses til forhold som «er påkrevet for å sikre oppfyllelse av denne loven og bestemmelser gitt i medhold av den».

§ 4-2 Legefordeling

Departementet kan hvert år fastsette:

1. antall nye spesialistlegestillinger innen hver medisinsk spesialitet som kan opprettes ved helseinstitusjoner og helsetjenester som mottar tilskudd til drift og vedlikehold fra et regionalt helseforetak eller fra staten,
2. antall nye hjemler for avtaler om drift av privat spesialistpraksis som kan opprettes av hvert enkelt regionale helseforetak og
3. antall nye spesialistlegestillinger innen hver medisinsk spesialitet som kan opprettes ved statlige helseinstitusjoner og helsetjenester.

Antall nye stillinger og avtalehjemler som nevnt i første ledd angis som en samlet ramme for hver enkelt helseregion fordelt på de ulike medisinske spesialiteter.

De regionale helseforetakene fordeler stillingene som nevnt i første ledd. Departementet kan sette vilkår for fordelingen.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere regler til utfylling og gjennomføring av denne bestemmelsen. Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om tildeling av avtalehjemmel til lege- og psykologspesialister.

Kommentarer til § 4-2:

Bestemmelsen må ses i sammenheng med bestemmelsen i [helse- og omsorgstjenesteloven § 12-2](#) om legefordeling til kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a skal de regionale helseforetakene sørge for at det tilbys spesialisthelsetjenester innen helseregionen. Tjenestene kan ytes av de regionale helseforetakene selv eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 om legefordeling at departementet årlig kan fastsette antall nye spesialistlegestillinger innen hver av spesialitetene og antall nye hjemler for avtaler om drift av privat spesialistpraksis som kan opprettes. I praksis skjer departementets fordeling av nye stillinger i form av en rammefordeling som formidles i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene, sammen med øvrige styringskrav. Det tilligger de regionale helseforetakene å vurdere hvordan stillingene skal benyttes og fordeles, innenfor den tildelte ramme i samsvar med gitte styringssignaler.

De regionale helseforetakenes tildeling av avtalehjemler til legespesialister og spesialister i klinisk psykologi er i dag særskilt regulert i henholdsvis Rammeavtale mellom de regionale

helseforetak og Den norske legeforening og Rammeavtale mellom de regionale helseforetak og Norsk psykologforening om spesialistpraksis i klinisk psykologi. Rammeavtalene inneholder for øvrig en rekke andre bestemmelser som ikke gjelder tildelingsprosessen. For øvrig gjelder forvaltningsloven og alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper.

Målet med søknadsprosessen er å finne frem til den søkeren som etter en samlet vurdering er best egnet til å utføre de oppgavene som er lagt til avtalehjemmelen. Tildeling av avtalehjemmel er ikke en ansettelse, men i tildelingsprosessen gjøres det vurderinger som i det vesentlige ligner på vurderingen ved tilsetninger, det vil si en kvalifikasjonsvurdering. Den best kvalifiserte søkeren plukkes ut etter en skjønnsmessig helhetsvurdering med utgangspunkt i kvalifikasjonskravene fastsatt i kunngjøringsteksten og eventuelle lov- og avtalefestede krav. Sentrale momenter i vurderingen av søkerne er utdanning, praksis og personlig egnethet. Forvaltningslovens bestemmelser om enkeltvedtak kommer til anvendelse, noe som er presisert i § 3.4 i de to rammeavtalene.

Etter [helseforetaksloven § 5](#) gjelder forvaltningsloven for de regionale helseforetakenes virksomhet. I tillegg til forvaltningslovens krav til saksbehandlingen har departementet gitt utfyllende rutiner for klagesaksbehandlingen, jf. Helse- og omsorgsdepartementets brev til landets regionale helseforetak av 25. februar 2009.

Departementet er klageinstans for enkeltvedtak truffet av de regionale helseforetakene. Ved vedtak 19. april 2012 ble det gjort en endring i forskrift 18. mars 2010 nr. 425 om delegering av myndighet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet. Myndighet som klageinstans for vedtak fattet av foretakene, bortsett fra innsynsbegjæringer etter lov 19. mai 2006 nr. 16 om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova), er med virkning fra 1. januar 2013 delegert fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet.

Departementet kan med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 siste ledd ved forskrift gi nærmere regler for tildeling av avtalehjemmel til legespesialister og spesialister i klinisk psykologi. Denne hjemmelen er foreløpig ikke blitt benyttet.

Kapittel 5 Finansiering

§ 5-1 Pasientens bostedsregion⁴¹

Som bostedsregion skal regnes den helseregion der pasienten har sin faste bopel. Dersom pasienten ikke har fast bopel, skal den helseregion hvor vedkommende har sitt faste oppholdssted regnes som bostedsregion.

For pasient som oppholder seg i institusjon eller privat forpleiningssted hvor oppholdsutgiftene helt eller delvis dekkes av det offentlige etter denne loven, skal forholdene på den tid da vedkommende ble mottatt i institusjon eller forpleiningssted legges til grunn.

Inntil et barn fyller 16 år har barnet samme bostedsregion som foreldrene eller som den av foreldrene barnet lever hos eller senest levde hos. For barn som fyller 16 år under opphold i institusjon eller forpleiningssted som nevnt i annet ledd, skal det ved fortsatt opphold legges til grunn samme bostedsregion som før barnet fylte 16 år.

Departementet avgjør i tvilstilfeller hvor en pasient har bostedsregion.

Kommentarer til § 5-1:

Det er pasientens bostedsregion som er bestemmende for hvilket regionalt helseforetak som er ansvarlig for finansieringen av behandlingen. Bestemmelsen må ses i sammenheng med de etterfølgende bestemmelsene i dette kapitlet.

Første ledd. Bostedsregion er den helseregion der pasienten har sin faste bopel. Det vil normalt si der vedkommende har sitt hjem. Vanligvis vil dette være sammenfallende med der pasienten er folkeregistrert. Men folkeregisteradresse er ikke avgjørende. Hvis pasienten ikke har fast bopel, tilhører vedkommende den helseregion hvor hun/han har sitt faste oppholdssted. Med fast oppholdssted menes tilknytning av en viss varighet som må være noe mer enn for eksempel et ferieopphold.

Det er viktig at uklarheter og uenighet om pasientens bostedsregion mellom de regionale helseforetakene ikke fører til at pasienten blir kasteball mellom ulike regioner. Alle pasienter som har trygderettigheter, har rett til behandling. Spørsmålet er hvem som skal betale regningen. Reglene om hvilken bostedsregion pasienten tilhører, kan derfor ikke gi grunnlag for å avvise behandling av pasienten. Bostedet har bare betydning for et eventuelt etterfølgende økonomisk oppgjør mellom helseregionene. Ved bruk av fritt sykehusvalg vil det være bostedsregion på tidspunkt for oppstart av behandlingen (inntak i institusjonen) som bestemmer hvilket regionale helseforetak som har finansieringsansvaret.

En rettighetspasient mister ikke sine rettigheter til behandling selv om pasienten flytter til en annen region før behandlingen kan iverksettes. En pasient som ikke har status som rettighetspasient vil imidlertid kunne miste sitt tilbud om behandling dersom pasienten flytter. Tilbudet om behandling vil da ikke være bindende for andre helseregioner.

Annet ledd regulerer kun pasientens bostedsregion under et institusjonsopphold. Det er tidspunkt for innleggelse i institusjon som er bestemmende for hvilken region som får

⁴¹ Forskrifter med hjemmel i § 5-1:

[2010.03.18 nr 0425](#): (HOD) Delegering av myndighet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet

finansieringsansvaret. Dette ansvaret gjelder fram til pasienten skrives ut, også ved langvarige opphold. Det er særlig saker knyttet til flyttinger under og i forbindelse med institusjonsopphold i det psykiske helsevernet som har skapt problemer når det gjelder denne bestemmelsen. Helsedirektoratet har kommet til at praksis fra tidligere forskrift om gjestepasientoppgjør skal gjelde, og eventuelle endringer i folkeregisteret får således ingen betydning for bostedsregion og finansieringsansvar. Det gjelder også om pasienten flytter til en annen institusjon i perioden, og det gjelder selv om en flytting formelt er i orden og legges til grunn i andre sammenhenger. Etter utskrivning vil spørsmålet om vedkommendes bostedsregion reguleres av hovedregelen i første ledd, eventuelt av unntaket i tredje ledd dersom vedkommende er under 16 år.

Ved gjennomføring av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, får også denne bestemmelsen betydning. Gjennomføringen innebærer at den institusjon som hadde finansieringsansvaret da vedtaket ble fattet, beholder sitt ansvar fram til vedtaket oppheves og pasienten skrives ut. Det gjelder selv om pasienten bor i egen bolig og flytter fra denne boligen. Finansieringsansvaret må holdes atskilt fra eventuelt annet ansvar. Det gjelder også der gjennomføringen av behandlingen etter avtale ivaretas av institusjon i annen helseregion. Den institusjon som yter helsehjelp ivaretar det faglige ansvaret for pasienten, uavhengig av hvilken helseregion som har finansieringsansvaret.

Tredje ledd gjør unntak fra hovedregelen for barn under 16 år. Barnet anses å ha samme bostedsregion som foreldrene. Har foreldrene ikke samme bostedsregion, anses barnet å ha samme bostedsregion som den av foreldrene barnet bor hos, eller tidligere bodde hos. Fyller barnet 16 år under institusjonsoppholdet, skal det ved videre opphold legges til grunn den samme bostedsregion som barnet hadde før det fylte 16 år.

Fjerde ledd. Helsedirektoratet er i dag delegert myndighet til å fastsette hvor en pasient har bostedsregion dersom det foreligger tvil om dette.

IKKE OPPDAGERT

§ 5-2 Refusjonskrav mot det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion⁴²

Det regionale helseforetakets behandlings- og forpleiningsutgifter og reiseutgifter til behandling skal dekkes av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion, jf. § 5-1. Det samme gjelder utgifter til behandling, forpleining og reise som ytes av andre tjenesteytere etter avtale med det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion, jf. § 2-1a. Til gjennomføring av psykisk helsevern dekkes også andre utgifter av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion.

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal dekke utgifter til behandling og forpleining når det i henhold til internasjonal overenskomst foreligger rett til å reise til utlandet for å få nødvendig behandling. Dette gjelder også når andre norske myndigheter har forskottet beløpet overfor utenlandsk tjenesteyter.

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal dekke utgifter til behandling, forpleining, reise og opphold og reise og opphold for nødvendig ledsager når en pasient har rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde eller femte ledd og annen norsk myndighet har forskuttet beløpet overfor norske eller utenlandske tjenesteytere.

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal dekke utgifter til spesialisthelsetjenester mottatt i et annet EØS-land i den utstrekning helsehjelpen gir rett til stønad etter regler fastsatt i forskrift i medhold av folketrygdløven § 5-24 a. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen.

Departementet kan gi forskrift om beregning av utgifter som nevnt i første og annet ledd, og kan fastsette samme refusjonssatser for en eller flere grupper av institusjoner.

Utgifter til laboratorie- og røntgentjenester dekkes bare av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion, jf. § 5-1, dersom dette følger av avtale mellom det regionale helseforetaket i bostedsregionen og den som yter slike tjenester. De regionale helseforetakene skal gjøre kjent hvilke medisinske laboratorier og røntgeninstitutt de har avtale med. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om finansieringen av laboratorie- og røntgentjenester, herunder overgangsordninger.

Kommentarer til § 5-2:

Finansieringsansvaret omfatter også reiseutgifter i tillegg til behandlings- og forpleiningsutgiftene. Ansvaret for å dekke reiseutgifter til undersøkelse og behandling er overført fra folketrygden til spesialisthelsetjenesten ved de regionale helseforetakene fra 1. januar 2004. Se Kommentarer til § 2-1 a, nr. 6.

Første ledd. Det er det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion som dekker utgifter i forbindelse med medisinsk behandling i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Fra 2004 dekkes også pasientenes reiseutgifter.

Annet ledd. Etter annet ledd skal bostedsregion dekke faktiske utgifter til behandling når det etter internasjonal overenskomst foreligger rett til å reise til utlandet for nødvendig behandling. Dette gjelder også når norske myndigheter har forskottet beløpet overfor

⁴² Forskrifter med hjemmel i § 5-2:

[2000.12.01 nr 1276](#): (HOD) Forskrift om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet.

[2000.12.20 nr 1551](#): (HOD) Forskrift om refusjonskrav mot det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion (behandlingsoppgjør).

[2010.11.22 nr 1466](#): (HOD) Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land

utenlandske tjenesteytere. For behandling i annet EØS-land vises her til [Rådsforordning \(EØF\) 1408/71](#) om anvendelse av trygdeordninger på arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende og deres familiemedlemmer som flytter innenfor Fellesskapet. Forordningen er inntatt i EØS-avtalens vedlegg VI nr 1. Bestemmelsene i EØS-avtalen omfatter også forholdet mellom de nordiske land. Mellom de nordiske land er det også inngått en Nordisk konvensjon om trygd undertegnet 18. august 2003.

Tredje ledd. Departementet kan gi forskrifter om beregning av utgifter som nevnt i første og annet ledd. Det vises til forskrift om refusjonskrav mot det regionale helseforetak i pasientens bostedsregion (behandlingsoppgjør)⁴³. Det vises også til [Rundskriv IS-12/2004](#)⁴⁴ om pasientrettigheter og omtalen av § 2-6.

Fjerde ledd. Det fremgår av forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land⁴² at stønad bare ytes for helsehjelp som medlemmet ville fått stønad eller bidrag til etter folketrygdloven eller fått bekostet i den offentlige helsetjenesten dersom den aktuelle helsehjelpen var mottatt i Norge. Dette er hovedvilkåret for stønad, jf. forskriften § 2.

Sjette ledd. Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion er bare ansvarlig for å dekke utgifter til laboratorie- og røntgentjenester dersom dette følger av avtale mellom det regionale helseforetaket og tjenesteyter. Etter annet punktum skal de regionale helseforetakene gjøre kjent hvilke medisinske laboratorier og røntgeninstitutt de har avtale med. Det vises til forskrift om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet.

§ 5-3 Dekning av utgifter for pasient som ikke har bosted i riket

Pasient som ikke har bosted i riket, skal dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene selv. Dersom pasienten ikke kan dekke utgiftene selv, skal de dekkes av vedkommende helseinstitusjon eller tjenesteyter.

Folketrygden skal dekke behandlings- og forpleiningsutgifter for pasient som ikke har bosted i riket dersom vedkommende er trygdet etter folketrygdloven eller er stønadsberettiget i henhold til gjensidig avtale med annen stat.

Utgifter til gjennomføring av tvungent psykisk helsevern skal dekkes av staten.

Kommentarer til § 5-3:

Bestemmelsen i **første ledd**, første punktum, fastsetter at pasienter som ikke er bosatt i Norge skal betale behandlings- og forpleiningsutgiftene selv. Det fremgår av annet punktum at institusjonen eller tjenesteyteren skal dekke utgiftene, dersom pasienten ikke er i stand til å betale behandlingsutgiftene selv. Utgiftene må således belastes institusjonens regnskap i de tilfeller institusjonen ikke får inndrevet det utestående fra pasienten.

Spesialisthelsetjenesteloven angir ikke hva som skal til for at pasienten skal anses å ha bosted eller fast oppholdssted i Norge. Det er imidlertid lagt til grunn at vilkårene er de samme som for medlemskap i folketrygden på grunnlag av bosted i landet. Det vises til [folketrygdloven § 2-1](#). Den som er (lovlig) bosatt i Norge er som hovedregel pliktig medlem i folketrygden, jf. [§ 2-1 første og tredje ledd](#). Dette gjelder uansett statsborgerskap. Som bosatt i Norge regnes den som oppholder seg her, når oppholdet er ment å vare eller har

⁴³ [2000.12.20 nr 1551](#): (HOD) Forskrift om refusjonskrav mot det regionale helseforetak i pasientens bostedsregion (behandlingsoppgjør)

⁴⁴ Dette rundskrevet er under revisjon

vart minst 12 måneder, jf. [§ 2-1 annet ledd](#). Dette gjelder også om oppholdet helt eller delvis finner sted i helseinstitusjon. Definisjonen av «bosted» etter § 5-3 er således basert på andre forhold enn begrepet «bostedsregion» i §§ 5-1 og 5-2.

Det kan oppleves som problematisk at det er den enkelte helseinstitusjon eller helsepersonell som blir sittende med regningen. Problemet er gjerne knyttet til gjennomføring av øyeblikkelig hjelp eller helsehjelp som ikke kan vente. Rett til øyeblikkelig hjelp innebærer ikke også rett til dekning av utgifter for denne hjelpen. [Rundskriv I-5/2011](#) inneholder nærmere beskrivelse av spørsmålet om selve retten til helsehjelp for personer uten fast opphold i riket og personer uten lovlig opphold. I [rundskriv I-2/2008](#) er det gitt en nærmere omtale av reglene vedrørende dekning av utgifter ved helsehjelp for pasienter som ikke er bosatt/trygdet i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet vil sende ut et samlerrundskriv med merknader til helse- og omsorgstjenesteloven. De ovennevnte rundskriv vil bli revidert i henhold til dette.

Annet ledd. Folketrygden dekker behandlings- og forpleiningsutgiftene for pasienter som ikke er bosatt i Norge, men som er trygdet etter folketrygdloven eller stønadsberettiget i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat. Det er Arbeids- og velferdsforvaltningen som forvalter folketrygdens utgifter til behandling for denne pasientgruppen. De nærmere reglene for hva og for hvem folketrygden dekker behandlingsutgifter reguleres av folketrygdloven og avtalene, og omhandles ikke her.

Tredje ledd. Staten dekker utgiftene ved tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i Norge. Det er en egen post i statsbudsjettet for finansiering av tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket. Denne posten vil også komme til anvendelse ved hjemsendelse av disse pasientene. Posten kan også komme til anvendelse ved transport av norske alvorlig psykisk syke pasienter hjem fra utlandet. Fram til 2009 har dette vært en oppgave som Helsedirektoratet har ivaretatt. Dette ansvaret ble overført til Fylkesmannen. Se Helsedirektoratets veileder «*Hjemsendelse av alvorlig psykisk syke – gjennomføring av pasienttransport til og fra utlandet*», [IS-1560](#).

§ 5-4 Dekning av utgifter til kontrollkomisjonenes virksomhet⁴⁵

Staten dekker utgiftene til kontrollkomisjonenes virksomhet, jf. lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 6-1.

Departementet kan gi forskrift om hvilke utgifter som omfattes av første ledd.

Kommentarer til § 5-4:

Staten skal etter **første ledd** dekke utgifter til kontrollkomisjonens virksomhet.

Annet ledd inneholder en hjemmel for departementet til å gi forskrifter om de utgifter som etter første ledd skal dekkes. Se psykisk helsevernforskriften §§ 64-69.⁴⁶

⁴⁵ Forskrifter med hjemmel i § 5-4:

[2010.03.18 nr 0425](#): (HOD) Delegering av myndighet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet
[2011.12.16 nr 1258](#): (HOD) Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften)

⁴⁶ 2011.12.16 nr 1258: (HOD) Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften)

Se også Helsedirektoratets [rundskriv IS -11/2008](#) «Rundskriv for fylkesmennene vedrørende oppnevning av medlemmer til kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern.»

§ 5-5 Pasienters egenbetaling⁴⁷

Departementet kan gi forskrift om:

1. pasienters betaling for poliklinisk behandling ved institusjon, hos legespesialist og spesialist i klinisk psykologi, herunder fritak for betaling ved forsinket behandling/undersøkelse eller kontroll,
2. pasienters betaling for bestilt time som ikke benyttes ved poliklinikk, hos legespesialist og spesialist i klinisk psykologi,
3. adgang til å bestemme at pasienter som oppholder seg i langtidsinstitusjoner helt eller delvis skal dekke 25 prosent av forpleiningsutgiftene når dette finnes rimelig etter pasientens økonomiske kår. Det kan ikke tas refusjon i kontantytelser som pasienten oppbærer etter folketrygdloven og heller ikke i midler som skriver seg fra slike ytelser,
4. pasientens betaling for reise til undersøkelse og behandling, herunder fritak for betaling for enkelte pasientgrupper,
5. pasienters betaling for opphold i opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionalt helseforetak, herunder om fritak for betaling for enkelte pasientgrupper.

Kommentarer til § 5-5:

Bestemmelsen gir departementet anledning til å pålegge pasientene å betale egenandeler for medisinsk behandling i spesialisthelsetjenesten, og det er gitt bestemmelser om egenandeler i forskrift om utgifter til poliklinisk legehjelp⁴⁷. Uten slik hjemmel kan ikke den offentlige helse- og omsorgstjenesten kreve egenbetaling av pasientene. Det er gitt bestemmelser om betaling for poliklinisk behandling ved institusjon, behandling hos legespesialist og spesialist i klinisk psykologi. Det presiseres at det kan gis fritak for betaling i de tilfeller det foreligger forsinket behandling, undersøkelse eller kontroll. Forskriften regulerer eksplisitt at pasienten er fritatt fra å betale ved forsinket tjenesteyting, når forsinkelsen ikke er varslet i tide.

Også bestemmelsen i nr. 2, om pasientens plikt til å betale for ubenyttet time som ikke er avbestilt i tide, er regulert i den nevnte forskriften kapittel 2. Det er utarbeidet kommentarer til de enkelte bestemmelsene i forskriften. Se www.lovdata.no

⁴⁷ Forskrifter med hjemmel i § 5-5:

[2000.12.20 nr 1554](#): (HOD) Forskrift om internatpasienters betaling for opphold i spesialisert sykehjem

[2003.06.27 nr 0959](#): (HOD) Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter

[2005.12.20 nr 1629](#): (HOD) Forskrift om pasienters betaling for opphold i opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner.

[2007.12.19 nr 1761](#): (HOD) Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak

[2008.07.04 nr 0788](#): (HOD) Forskrift om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling (syketransportforskriften)

[2012.06.28 nr 0698](#): (HOD) Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege

Som hovedregel kan det ikke tas betalt for opphold i sykehus eller andre heldøgnsinstitusjoner, men når det gjelder opphold i langtidsinstitusjoner er det gjort unntak. Pasienten kan imidlertid ikke kreves for mer enn 25 % av forpleiningsutgiftene, og utgiften skal ikke være urimelig for pasienten. Det er også i egen forskrift fastsatt egenbetaling for opphold i private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner⁴⁸.

Utgifter til reise reguleres av syketransportforskriften⁴⁷. Se også kommentar under § 2-1 a.

Når det gjelder pasienter underlagt psykisk helsevern så skal disse pasientene ikke betale egenandel for legekonsultasjon eller medisiner knyttet til behandlingen av den psykiske lidelsen. Helsedirektoratet har i eget brev⁴⁹ redegjort for dette.

§ 5-6 Innhenting av driftsopplysninger

Departementet kan kreve seg forelagt budsjett, regnskap og andre opplysninger om drift av offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste.

Kommentarer til § 5-6:

Departementet kan kreve å få utlevert budsjett, regnskap og andre opplysninger om drift av spesialisthelsetjenester. Bestemmelsen gjelder kun helsetjenester som er finansiert ved hjelp av offentlige midler. Departementet kan altså ikke kreve å få utlevert budsjett, regnskap og andre opplysninger fra ytere av helsetjenester som utelukkende er finansiert ved private midler. Det vil si at det kan kreves informasjon fra virksomhet med avtale med et regionalt helseforetak.

Kapittel 6 Taushetsplikt, opplysningsplikt og veiledningsplikt

§ 6-1 Taushetsplikt

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for helseinstitusjon som omfattes av denne loven, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§13 til 13 e.

Taushetsplikten gjelder også pasientens fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Opplysning om en pasients oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tilliten til helseinstitusjonen. Opplysning om en pasients navn, transportbehov og om pasienten skal betale egenandel og eventuelt beløpet kan gis til transportør i forbindelse med transport etter § 2-1a første ledd nr. 6.

Opplysninger til andre forvaltningsorganer etter forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6 kan bare gis når dette er nødvendig for å bidra til løsning av oppgaver etter denne loven, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse.

⁴⁸ [FOR-2011-12-16-1349](#): (HOD) Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester

⁴⁹ [Brev av 18. april 2012](#)

Kommentarer til § 6-1:

Bestemmelsen vil særlig få betydning for ansatte i spesialisthelsetjenesten som ikke faller inn under definisjonen av helsepersonell og som derfor ikke vil ha taushetsplikt etter helsepersonelloven. Dette gjelder for eksempel personer som er ansatt i administrative stillinger.

Bestemmelsens annet ledd utvider taushetspliktens anvendelsesområde i forhold til [forvaltningsloven § 13 annet ledd](#). Bestemmelsen fastslår at også pasientens fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted omfattes av taushetsplikten. Det kan gjøres unntak for en pasients oppholdssted når det ikke kan skade tilliten til spesialisthelsetjenesten.

[Forvaltningsloven § 13 b første ledd nr. 5 og nr. 6](#) gjør unntak fra taushetsplikten i visse tilfeller hvor det er behov for at det organet som har opplysningene informerer et annet forvaltningsorgan eller påtalemyndigheten om partens forhold.

Bestemmelsen i tredje ledd gjør unntak fra taushetsplikten etter forvaltningsloven. For det første kan informasjon gis til det andre organet hvis det er «*nødvendig for å bidra til løsning av oppgaver etter denne loven*». For det annet kan informasjonsformidling skje hvis det er «*nødvendigfor å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse*».

For ansatte m.v. ved helseinstitusjoner som ikke omfattes av andre regler om taushetsplikt enn de som er inntatt i § 6-1, vil tredje ledd kunne få betydning. Taushetsplikt etter profesjonslovene (yrkesmessig taushetsplikt) vil ellers gå foran den forvaltningsmessige taushetsplikten.

Det oppstilles i tredje ledd to tilleggsvilkår til unntaksreglene fra taushetsplikten i [forvaltningsloven § 13 b nr 5 og 6](#). Vilkåret om forebyggelse av fare m.v. vil antakelig særlig ha betydning innen det psykiske helsevern. Vilkåret om fare for noens liv eller helse er et strengt vilkår og det er naturlig å trekke inn nødrettsbetraktninger ved vurderingen om å gi opplysninger videre.

Det vises til [rundskriv IS-6/2010](#) «*Helsepersonells taushetsplikt. Vern av pasientens integritet i helsepersonells samtaler med pasienten.*»

§ 6-2 Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid som angår helsetjenester som omfattes av denne loven, skal på anmodning gi Statens helsetilsyn eller Fylkesmannen opplysninger som tilsynsorganet finner nødvendige for å kunne utføre sine oppgaver i medhold av lov, forskrift eller instruks. Den som skal gi opplysning etter første punktum, skal også gi Statens helsetilsyn og Fylkesmannen adgang til virksomheten.

Den som skal gi opplysninger etter første ledd, eller som ønsker å gi opplysninger til Statens helsetilsyn eller Fylkesmannen av eget tiltak, kan gjøre det uten hinder av taushetsplikt dersom det antas å være nødvendig for å fremme tilsynsorganets oppgaver etter lov, forskrift eller instruks.

Opplysninger som er gitt Statens helsetilsyn eller Fylkesmannen i henhold til denne bestemmelsen, kan uten hinder av taushetsplikten forelegges sakkyndige til uttalelse eller departementet til orientering.

Kommentarer til § 6-2:

Første ledd. Formålet med bestemmelsen er å tilrettelegge for tilsynsmyndighetens tilsyn med helsepersonell og virksomhet. Det er et vilkår for utlevering av opplysninger etter denne bestemmelsen at tilsynet er rettet mot helsepersonell eller virksomhet. Bestemmelsen gir ikke adgang til å kreve utlevert pasientopplysninger om helsepersonell. Bestemmelsen må ses i nær sammenheng med [helsepersonelloven § 30](#).

Dersom tilsynsmyndighetene ønsker å få opplysninger fra en ansatt i en institusjon, gir § 6-2 første ledd hjemmel for å kunne kreve det. Dette vil for eksempel gjelde i saker hvor det er rettet en klage mot virksomheten. Hovedregelen bør imidlertid være at opplysninger til tilsynsmyndigheten går tjenestevei.

Bestemmelsen krever at det må dreie seg om en person som utfører en tjeneste eller et arbeid «*som angår helsetjenester som omfattes av denne loven*». Private utøvere av spesialisthelsetjenester (praktiserende spesialister, laboratorier, røntgeninstitutter, private sykehus) vil derfor også ha opplysningsplikt overfor tilsynsmyndighetene.

Fylkesmannens og Statens helsetilsyns pålegg om å utlevere opplysninger etter denne bestemmelsen kan påklages til overordnet forvaltningsorgan, jf. [forvaltningsloven §§ 14 og 28](#). Klage, som kan være muntlig, må framsettes straks når den pålegget angår er til stede, og ellers innen 3 dager. Dersom Fylkesmannen eller Statens helsetilsyn finner det påtrengende nødvendig for å gjennomføre sine oppgaver etter loven, kan det kreves at opplysningene blir gitt før klagesaken er avgjort.

Bestemmelsen gir ikke pasienter rett til å klage over pålegg om utlevering av opplysninger. Det vises i denne forbindelse til Høyesteretts dom av 8. november 2011⁵⁰. Saken gjelder spørsmål om en pasient har rett til å klage over pålegg rettet til hans lege om utlevering av pasientjournal.

Når det gjelder tilsynsmyndighetens adgang til virksomhetens elektroniske datasystemer, må bestemmelsen ses i sammenheng med [helseregisterloven § 31](#) hvor det blant annet fremgår at Datatilsynet, Fylkesmannen og Statens helsetilsyn har rett til å kreve de opplysninger som trengs for at de kan gjennomføre sine oppgaver. At tilsynsmyndighetene etter helseregisterloven § 31 kan kreve de opplysninger som trengs for at de kan gjennomføre sine oppgaver, og i den forbindelse kreve adgang til steder hvor det finnes helseregistre, helseopplysninger som behandles elektronisk og hjelpemidler for slik behandling av opplysninger, forstås slik at de må kunne gis tilgang til journalsystemet. Etter samme bestemmelse kan de gjennomføre de prøver eller kontroller som de finner nødvendig, og kreve bistand fra personalet på stedet i den grad dette må til for å få utført prøvene eller kontrollene. I forarbeidene til helseregisterloven (Ot.prp. nr 5 (1999-2000) punkt 12.1.5) er Helsetilsynets ansvarsområde omtalt på følgende måte: "Helsetilsynets viktigste oppgave er å føre tilsyn med at pasienter mottar nødvendig og faglig forsvarlig helsehjelp og at helselovgivningen for øvrig, herunder taushetsplikten, overholdes. Dette betyr at Helsetilsynet også må sikre seg at elektroniske pasientjournaler og andre behandlingsrettede helseregistre som gir beslutningsgrunnlag for pasientrettede tiltak er forsvarlige, herunder har den nødvendige sikkerhet. Dersom elektroniske pasientjournaler etableres og føres på en måte som kan ha skadelige følger for pasientene, må Statens Helsetilsyn kunne gi pålegg om å rette på forholdet."

⁵⁰ [HR-2011-2072-A – Rt-2011-1433](#)

Helseregisterloven § 31, annet og tredje ledd, må derfor forstås slik at Helsetilsynet skal gis tilgang til journalsystemene for å sikre at de utgjør et forsvarlig grunnlag for helsehjelp som ytes.

Etter lovens ordlyd er det tilsynsmyndigheten som vurderer og beslutter nødvendigheten av tilgang til opplysninger.

Retten til å kreve opplysninger eller tilgang til lokaler og hjelpemidler i henhold til [helseregisterloven § 31](#) gjelder uten hinder av taushetsplikt.

Virksomheten må sørge for at det fremgår av logg at innsyn er foretatt av tilsynsmyndighetene. Dette kan for eksempel gjøres ved at det opprettes en egen bruker eller ved at det på annen måte dokumenteres i logg at innsynet er foretatt av tilsynsmyndighetene med hjemmel i § 6-2.

Annet ledd. Ansatte i spesialisthelsetjenesten har en plikt til å gi tilsynsmyndigheten opplysninger om forhold i virksomheten. Dette gjelder både om tilsynsmyndighetene har anmodet om det, eller om ansatte gir opplysninger av eget tiltak. Opplysninger kan imidlertid bare gis dersom det antas at opplysningene er nødvendige for å fremme tilsynsorganets oppgaver. I praksis vil dette være knyttet til forhold ved virksomheten som antas å være lovstridig. Det presiseres imidlertid at opplysningene bør gå tjenestebel, og først dersom ledelsen ikke handler i viktige saker vil det være aktuelt for den enkelte ansatte å henvende seg direkte til tilsynsmyndigheten.

Tredje ledd. Bestemmelsen i tredje ledd gir adgang til å forelegge de opplysninger tilsynsmyndighetene har mottatt for sakkyndige til uttalelse. Tilsynsmyndighetene kan således uten hinder av taushetsplikt forelegge mottatte opplysninger for sakkyndige. Det vil være opp til tilsynsmyndigheten å vurdere hvilken kompetanse det er nødvendig å innhente i den enkelte sak, blant annet vurdert ut fra hvilke ressurser tilsynsmyndigheten til enhver tid har tilgjengelig.

Departementet kan orienteres uten hinder av taushetsplikt. Mange saker som tilsynsmyndighetene informeres om kan ha prinsipielle eller politiske sider som gjør at departementet bør eller skal orienteres eller konsulteres. I de aller fleste tilfeller hvor det er aktuelt å informere departementet vil det imidlertid ikke være behov for taushetsbelagte opplysninger.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med [helsepersonelloven § 17](#).

§ 6-3 Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Kommentarer til § 6-3:

Veiledning skal gis av eget tiltak eller etter anmodning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Spesialisthelsetjenesten kan ikke unnlate å oppfylle plikten under henvisning til ressurser eller arbeidsbelastning.

Plikten er for det første begrenset til å gjelde «*helsemessige forhold*». Dette omfatter ethvert tiltak som angår pasientens fysiske eller psykiske helse. Alle forhold som knytter seg til undersøkelse, behandling, pleie, omsorg eller rehabilitering av pasienter omfattes av begrepet.

Veiledningsplikten er ytterligere begrenset idet den kun omfatter veiledning som er nødvendig for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne oppfylle sine plikter etter lov og forskrift.

Råd og veiledning skal gis av «*helsepersonell*», jf. [helsepersonelloven § 3](#). Andre ansatte enn helsepersonell vil imidlertid kunne ha veiledningsplikt etter den generelle bestemmelsen i [forvaltningsloven § 11](#).

Det er viktig å understreke at veiledningsplikten ikke medfører endringer i den gjeldende ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten. Dersom det er aktuelt at helse- og omsorgstjenesten skal utføre oppgaver som hører inn under spesialisthelsetjenestens ansvar, må dette avtales særskilt. Det blir spesielt viktig å ha avklarte ansvarsforhold med den enkelte kommune når kommunene etablerer tilbud om døgnopphold til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp ([helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5, tredje ledd](#)). Det må blant annet avklares mellom helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten om og i så fall hvilken kompetanse spesialisthelsetjenesten skal stille til rådighet for å ivareta de ulike pasientgruppene, og hvilken kompetanse ansatte i helse- og omsorgstjenesten må inneha for å sikre at pasientene får forsvarlige helsetjenester.

§ 6-4 Bistand fra politiet

Helsepersonell kan uten hinder av taushetsplikt gi ut taushetsbelagte opplysninger når dette er nødvendig for å innhente bistand fra politiet til fullbyrdelse av tvangsvedtak overfor rusmiddelavhengige etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3 eller vilkår etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4. Politiet har plikt til å yte slik bistand.

Kommentarer til § 6-4:

Bestemmelsen gjør unntak fra helsepersonells taushetsplikt, slik at helsepersonell skal ha mulighet for å innhente bistand fra politiet til å fullbyrde tvangsvedtak etter [helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3 eller vilkår etter samme lovs § 10-4](#). Dette kan for eksempel være bistand fra politiet til å hente tilbake en rusmiddelavhengig som har rømt fra en institusjon, dersom vedkommende er tatt inn og kan holdes tilbake med hjemmel i ovennevnte bestemmelser. Adgangen til å gi ut taushetsbelagte opplysninger til politiet gjelder bare i den utstrekning dette er nødvendig for at politiet skal kunne gi slik bistand. Det er ikke anledning til å gi ut taushetsbelagte opplysninger utover det som er nødvendig for at politiet skal kunne bistå.

Bestemmelsen fastsetter også at politiet har plikt til å gi slik bistand.

Kapittel 7 Forskjellige bestemmelser

§ 7-1 Pålegg⁵¹

Dersom helsetjenester som omfattes av denne loven drives på en måte som er i strid med loven eller bestemmelser gitt i medhold av den, og driften antas å kunne ha skadelige følger for pasienter, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette forholdene. Dersom Statens helsetilsyn finner det nødvendig, kan det gis pålegg om stenging av helseinstitusjonen.

Pålegg som nevnt i første ledd skal inneholde en frist for når retting skal være utført.

Pålegg som nevnt i første ledd kan påklages til eller omgjøres uten klage etter reglene i forvaltningsloven kapittel VI av det departementet Kongen bestemmer. Klagen skal gis oppsettende virkning, hvis ikke Statens helsetilsyn bestemmer at vedtaket straks skal iverksettes.

Kommentarer til § 7-1:

Bestemmelsen gir Statens helsetilsyn myndighet til å gi pålegg om å rette mangler eller pålegg om stengning av helseinstitusjon. For at Statens helsetilsyn skal kunne gi pålegg må det foreligge brudd på bestemmelser gitt i eller i medhold av loven. Det vises til at Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet, jf. [helsetilsynsloven](#). Det er imidlertid ikke tilstrekkelig at det foreligger et lov- eller forskriftsbrudd. Regelbruddet må i tillegg antas å kunne ha skadelige følger for pasienter. I praksis vil pålegg bli vurdert der forholdene ved en helseinstitusjon må antas å representere en vedvarende risiko for sikkerheten eller vedvarende uforsvarlig drift.

Dette medfører at ikke ethvert regelbrudd skal kunne medføre pålegg. Det kreves imidlertid ikke at det må kunne dokumenteres faktiske skadelige følger for konkrete pasienter. Det er tilstrekkelig at virksomheten slik den drives må antas å kunne få skadelige følger i fremtiden. Med «skadelige følger» menes både fysisk og psykisk skade.

Det følger av bestemmelsen at Statens helsetilsyn «kan gi pålegg». Dette innebærer at det er opp til Statens helsetilsyns frie skjønn å vurdere om påleggsmyndigheten skal benyttes.

Aktuelle tilsynssaker etter denne bestemmelsen oppstår ved at Fylkesmannen gjennom sitt tilsyn avdekker at det foreligger avvik fra lov eller forskrift. Virksomheten blir pålagt å lukke avviket eller fremlegge en troverdig plan for hvordan dette skal skje. Dersom virksomheten ikke innen en gitt tidsfrist kan dokumentere at de har lukket det påviste avviket, vil Fylkesmannen oversende saken til Statens helsetilsyn til vurdering av pålegg. Statens helsetilsyn vil foreta en ny vurdering av saken, og ev varsle virksomheten om at det blir vurdert pålegg eller stengning, og gi virksomheten en ny frist for retting av forholdene. Hvis forholdene fortsatt ikke rettes opp, vil det kunne bli gitt pålegg om dette. Statens helsetilsyn har utgitt «Retningslinjer for oppfølging og avslutning av tilsyn ved lovbrudd i virksomheter», [Internserien 8/2011](#).

Den virksomhet saken gjelder, kan klage på påleggsvedtaket. På bakgrunn av at staten ved Helse- og omsorgsdepartementet som eier har overordnet ansvar for

⁵¹ Forskrifter med hjemmel i § 7-1:

[2001.12.21 nr 1482](#): (HOD) Delegering av myndighet til Arbeids- og inkluderingsdepartementet etter lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 7-1 og § 7-2 og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 5.

spesialisthelsetjenesten, og av hensyn til klageorganets tillit, er Arbeidsdepartementet tillagt funksjonen som klageinstans for Statens helsetilsyns pålegg og ileggelse av tvangsmulkt overfor spesialisthelsetjenesten.

Hovedregelen er at klage skal gis oppsettende virkning (utsatt iverksettelse). Utgangspunktet er det motsatte av det som følger av forvaltningsloven § 42, hvor hovedregelen er at klage ikke gis oppsettende virkning. Begrunnelsen for dette er at et vedtak etter første ledd regelmessig vil være så tyngende at vedtaket ikke bør iverksettes før klageorganet har tatt stilling til det. Statens helsetilsyn kan etter annet punktum beslutte at vedtaket likevel straks skal iverksettes.

§ 7-2 Tvangsmulkt⁵²

I pålegg etter loven her kan Statens helsetilsyn fastsette en løpende tvangsmulkt for hver dag/uke/måned som går etter utløpet av den frist som er satt for oppfylging av pålegget, inntil pålegget er oppfylt. Tvangsmulkt kan også fastsettes som engangsmulkt. Statens helsetilsyn kan frafalle påløpt tvangsmulkt.

Kommentarer til § 7-2:

Bestemmelsen om tvangsmulkt skal gi Statens helsetilsyn et sterkere virkemiddel for å få virksomheten til å rette opp påpekte lovbrudd. Et vedtak om tvangsmulkt kan for eksempel tenkes benyttet ved vedvarende overbelegg som medfører uforsvarlig virksomhet.

Tvangsmulkt kan også ilegges ved brudd på opplysningsplikt etter § 6-2.

§ 7-3 Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten, og som grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorene skal gjøres offentlig tilgjengelige.

Kommentarer til § 7-3:

Bestemmelsen innebærer at Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer er lovfestet. Nasjonale retningslinjer og veiledere har fått en formalisert status, ikke bare gjennom spesialisthelsetjenesteloven § 7-3, men også gjennom helse og omsorgstjenesteloven § 12-5.

⁵² Forskrifter med hjemmel i § 7-2:

[2001.12.21 nr 1482](#): (HOD) Delegering av myndighet til Arbeids- og inkluderingsdepartementet etter lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 7-1 og § 7-2 og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 5.

Den rettslige statusen til retningslinjer, veiledere og lignende er beskrevet i Prop 91 L pkt. 21.2.5.3 som kommenterer den nye [helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5](#) § 12-5:

«Helsedirektoratets faglige retningslinjer og veiledere er ikke bindende for tjenesteyterne, men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes og hvilke prioriteringer mv. som er i samsvar med vedtatt politikk for helse- og omsorgstjenesten. Dersom tjenesteyteren velger en annen praksis enn det som foreslås i retningslinjer eller veiledere, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering.

På de områdene hvor det er utviklet nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, er det et ledelsesansvar å sikre at disse blir implementert i virksomheten. I tillegg til å utvikle nasjonale faglige retningslinjer, er det behov for å ha oversikt over det internasjonale tilfanget av retningslinjer, for å gjøre disse tilgjengelige for tjenesten.»

Selv om retningslinjer og veiledere ikke beskrives som direkte rettslig bindende, er de klart normgivende for hva som oppfattes som faglig forsvarlig. Retningslinjer og veiledere inngår som ett av flere aksepterte grunnlag for vurdering av hva som er faglig forsvarlig. Dette fremkommer også i Prop. 91 L pkt 20.5:

«Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig.

Mellom god praksis, og forsvarlighetskravets nedre grense, vil det være rom for at kommunen kan utøve skjønn. Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer er et eksempel på publikasjoner om hva som er god praksis. Der beskrives tiltak og løsninger basert på oppdatert anerkjent faglig kunnskap. Retningslinjene angir hvordan praksis bør være. Av standardteksten i retningslinjene fremgår det at de er ment som et hjelpemiddel ved de avveiningene tjenesteytere må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten, og at valg av løsninger som i vesentlig grad avviker fra retningslinjene bør begrunnes og dokumenteres.»

Kvalitetsindikatorer skal si noe om helsehjelpens kvalitet og utvikles i tråd med anbefalinger gitt i nasjonale retningslinjer. Se også kommentarene til § 2-2 om forsvarlighet.

Avvik fra faglig retningslinjer og veiledere vil sjelden være eneste grunnlag for å si at en praksis eller handling er uforsvarlig, men vil inngå i en totalvurdering, der det for eksempel også kan legges vekt på at avvik fra retningslinjer og veiledere ikke er (tilstrekkelig) begrunnet og dokumentert.

Kjennskap til og implementering av faglige retningslinjer og veiledere er en del av kvalitetssikring i tjenesten, og dermed noe som skal gjøres til gjenstand for internkontroll, og dermed også til gjenstand for tilsyn. Det å sørge for forsvarlige tjenester er en kontinuerlig

prosess som fordrer at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring. Det kan for eksempel komme nye faglige retningslinjer eller annen ny fagkunnskap som virksomheten må ta stilling til og vurdere hvordan skal implementeres.

Kapittel 8 Ikrafttredelse, overgangsbestemmelser, endringer i andre lover m.m.

§ 8-1 Oppfyllelse av internasjonal overenskomst

Kongen kan gi forskrifter i den utstrekning det er nødvendig for å oppfylle internasjonale overenskomster.

Kommentarer til § 8-1:

Bestemmelsen gir Kongen adgang til å gi forskrifter som utfyller bestemmelsene i loven. Adgangen er begrenset til de tilfeller hvor slik utfylling er nødvendig for å kunne oppfylle internasjonale overenskomster.

§ 8-2 Ikrafttredelse

Loven trer i kraft fra det tidspunkt Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelser i loven skal tre i kraft til forskjellig tid.

Fra tidspunktet for ikrafttredelse blir følgende lover opphevet: Lov av 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus m.v., lov av 28. april 1961 nr. 2 om psykisk helsevern kapittel I, V og §§ 21 a, 21 b og 22.

Kommentarer til § 8-2:

Bestemmelsen gir Kongen i statsråd adgang til å bestemme særskilt ikrafttredelse av deler av loven.

§ 8-3 Pasienter i privat forpleining under det psykiske helsevernet⁵³

De regionale helseforetakene plikter å opprettholde ordningen med privat forpleining som omtalt i lov om psykisk helsevern av 28. april 1961 nr. 2.

Privat forpleining som tvungent psykisk helsevern kan bare videreføres for den enkelte pasient dersom vilkårene etter § 3-3 i lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) er oppfylt.

Kongen gir nærmere forskrifter om gjennomføringen av den private forpleiningen, herunder bruken av forpleiningskontrakter og ansvaret for den medisinske oppfølgingen av pasientene.

Kommentarer til § 8-3:

Denne bestemmelsen ble endret ved vedtagelse av helseforetaksloven. Den slår fast at de regionale helseforetakene plikter å opprettholde privatforpleining som deltjeneste. Dette betyr at forpleiningskontrakter som ble inngått mellom fylkeskommunen og private forpleiere med hjemmel i psykisk helsevernloven, fortsatt skal gjelde, men slik at ansvaret for kontraktene nå er overtatt av de regionale helseforetakene. Slike kontrakter gjelder altså fortsatt etter ikrafttreddelsen av lov om psykisk helsevern og spesialisthelsetjenesteloven. Bestemmelsen er ikke til hinder for at pasienter som er i privat forpleining kan motta tjenester fra kommunene.

Bestemmelsen inneholder en reservasjon når det gjelder forpleiningsforhold for pasienter underlagt vedtak om tvunget psykisk helsevern. I slike tilfeller kan videreføring av kontrakt om privat forpleining kun skje dersom det foreligger et gyldig vedtak for etablering av tvungent psykisk helsevern, jf. [lov om psykisk helsevern § 3-3](#).

Etter annet ledd gis Kongen i statsråd hjemmel til å gi forskrifter. Denne hjemmelen er benyttet i og med psykisk helsevernforordningen⁵³.

Forskriftens formål er å sikre at pasienter i privat forpleining i det psykiske helsevernet gis forsvarlig behandling og omsorg. I henhold til forskriften § 9 skal kontrollkommisjonen treffe de avgjørelser og føre den kontroll med pasienter i privat forpleining som følger av psykisk helsevernloven med forskrifter.

§ 8-4 Endringer i andre lover

⁵³ Forskrifter med hjemmel i § 8-3:
[2011.12.16 nr 1258](#): (HOD) Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforordningen)

Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

Ikke oppdatert