

PÅRØRENDES RETTSSTILLING I PSYKIATRIEN

- Tid for rettsutvikling?

Kandidatnr: 295

Veileder: Professor Aslak Syse

Leveringsfrist: 25. november 2005

Til sammen 14672 ord

30.11.2005

Innholdsfortegnelse

<u>1</u>	<u>PRESENTASJON AV TEMA OG PROBLEMSTILLING</u>	<u>1</u>
1.1	INNLEDNING.....	1
1.2	POLITISKE OG RETTSLIGE UTGANGSPUNKTER	2
1.3	PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNINGER.....	2
1.4	FREMSTILLINGEN VIDERE	4
<u>2</u>	<u>RETTSKILDER OG METODE</u>	<u>5</u>
2.1	PLASSERING I RETTSSYSTEMET	5
2.2	RETTSKILDEFAKTORENE.....	5
<u>3</u>	<u>HVEM ER "DE PÅRØRENDE" I PSYKIATRIEN?</u>	<u>7</u>
3.1	INNLEDNING.....	7
3.2	PASIENTRETTIGHETSLOVENS LEGALDEFINISJON.....	7
3.2.1	DE PÅRØRENDE.....	7
3.2.2	DEN NÆRMESTE PÅRØRENDE.....	10
3.3	PSYKISK HELSEVERNLOVENS LEGALDEFINISJON	10
3.3.1	DE PÅRØRENDE.....	10
3.3.2	DEN NÆRMESTE PÅRØRENDE.....	11
3.4	DET RETTSLIGE FORHOLDET MELLOM LEGALDEFINISJONENE.....	12
<u>4</u>	<u>PÅRØRENDES RETTSSTILLING ETTER PASIENTRETTIGHETSLOVEN M.M.</u>	<u>14</u>
4.1	INNLEDNING.....	14
4.2	RETT TIL INFORMASJON	15
4.2.1	INNLEDNING.....	15
4.2.2	INFORMASJON OM PASIENTENS HELSETILSTAND.....	15
4.2.2.1	Samtykke	15
4.2.2.2	"Forholdene tilsier det"	16
4.2.2.3	Når pasienten åpenbart ikke kan ivareta sine interesser	17
4.2.2.4	Helsepersonells mulighet til å videreformidle ellers taushetsbelagt informasjon	18

4.2.3	GENERELL INFORMASJON OG KUNNSKAPSFORMIDLING.....	19
4.2.3.1	Sykehusenes opplæring av pasienter og pårørende	19
4.2.3.2	Kommunenes opplysningsvirksomhet.....	20
4.3	RETT TIL Å SAMTYKKE PÅ VEGNE AV PASIENTEN.....	21
4.3.1	SAMTYKKE TIL HELSEHJELP	21
4.3.2	SAMTYKKE TIL Å GI INFORMASJON TREDJE PERSON.....	22
4.4	RETT TIL Å MEDVIRKE SAMMEN MED ELLER PÅ VEGNE AV PASIENTEN	22
4.5	RETT TIL JOURNALINNSYN	23
4.6	RETT TIL Å KREVE RETTING OG SLETING AV JOURNALOPPLYSNINGER	24
4.7	RETT TIL TAUSHET FOR KOMPARENTOPPLYSNINGER I NØDRETTSTILFELLER	24
4.8	RETT TIL Å KLAGE	26
4.8.1	KLAGE TIL HELSETILSYNET I FYLKET	26
4.8.2	KLAGE TIL PASIENTOMBUDET OG SIVILOMBUDSMANNEN.....	26
5	<u>PÅRØRENDES RETTSSTILLING ETTER PSYKISK HELSEVERNLOVEN.....</u>	27
5.1	INNLEDNING.....	27
5.2	KOMPETANSE TIL Å BEGJÆRE TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN	27
5.2.1	HVEM KAN BEGJÆRE TVANGSTILTAK?.....	28
5.2.2	HVILKE TVANGSTILTAK KAN BEGJÆRES?.....	29
5.2.2.1	Begjæring om tvungen undersøkelse.....	29
5.2.2.2	Begjæring om videre undersøkelse (observasjon).....	30
5.2.2.3	Begjæring om tvungent psykisk helsevern	30
5.3	RETT TIL UTTALELSE.....	32
5.4	RETT TIL MEDDELELSE.....	33
5.5	RETT TIL Å FORETA ANDRE BEGJÆRINGER.....	33
5.5.1	BEGJÆRING OM OPPHØR AV TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN.....	33
5.5.2	BEGJÆRING OM ENDRING I GJENNOMFØRINGEN AV IDØMT TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN	34
5.6	KLAGERETT OG SØKSMÅLSRETT	34
5.6.1	KLAGE TIL KONTROLLKOMMISJONEN OG FYLKESMANNEN.....	34
5.6.2	RETT TIL Å REISE SAK FOR DOMSTOLENE	35
6	<u>RETTSPOLITISKE DRØFTELSER</u>	36
6.1	INNLEDNING.....	36

6.2	RETTSLIGE OG POLITISKE UTGANGSPUNKTER FOR DEN RETTSPOLITISKE	
	VURDERINGEN.....	37
6.2.1	HOVEDKONKLUSJONER OM PÅRØRENDES RETTSSTILLING I PSYKIATRIEN SLIK DEN KAN	
	UTLEDES AV GJELDENE RETT.....	37
6.2.2	NYE POLITISKE SIGNALER.....	38
6.2.2.1	Høringsnotat om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven.....	38
6.2.2.2	NOU 2004: 18 og NOU 2005: 3.....	39
6.3	ER DET BEHOV FOR FLERE RETTSREGLER SOM TJENER TIL Å IVARETA DE	
	PÅRØRENDES INTERESSER?	40
6.3.1	RESSURSHENSYNET	42
6.3.2	FOREBYGGINGSHENSYNET	44
6.3.3	LIKHETSHENSYNET	46
6.4	FORSLAG TIL NYE MATERIELLE RETTIGHETER FOR PÅRØRENDE MED	
	KORRESPONDERENDE PLIKTER FOR HELSETJENESTEN OG ANDRE OFFENTLIGE	
	ORGANER.....	47
6.5	FORDELER OG ULEMPER VED RETTSLIGGJØRING	50
7	<u>AVSLUTNING OG KONKLUSJON</u>	<u>52</u>
	<u>REGISTRE.....</u>	<u>53</u>
	LITTERATUR	53
	LOVER	55
	FORSKRIFTER	55
	DOMMER	56
	OFFENTLIGE DOKUMENTER.....	56

1 Presentasjon av tema og problemstilling

1.1 Innledning

Når et familiemedlem blir psykisk syk, rammer dette i stor grad hele familien og andre personer som står familien nær.¹ Pårørende som må forholde seg til psykisk sykdom hos en av sine kjære vil ofte være preget av fortvilelse, sorg, skyldfølelse og maktesløshet.² Den psykisk syke og den nærmeste families liv er som oftest nært innvevd i hverandre, blant annet på grunn av pasientens avhengighet av familien sin og familiens tilstedeværelse i pasientens liv som omsorgspersoner og støttespillere.³ Videre vil en stigmatisering som følge av sykdommen kunne være en ytterligere belastning både for pasienten og dennes pårørende.⁴

Kartleggingsundersøkelser i norske lokalsamfunn har vist at mellom 15 og 20 prosent av befolkningen har psykiske lidelser i mildere eller alvorligere grad.⁵ Anslagsvis har ca. 150 000 av disse det som kan kalles alvorlig psykisk lidelse.⁶

Psykiske lidelser omhandler forhold knyttet til menneskesinnet, og årsaksforholdene er kompliserte.⁷ Mennesker som rammes av de mest alvorlige psykiske lidelser (psykoser), herunder schizofreni og manisk depressiv (bipolar lidelse), plages ofte av stemmer, vrangforestillinger, sansebedrag og konsentrasjonsproblemer. Psykosen kan enten være av kortere eller lengre varighet. Hos enkelte kommer det i løpet av livet nye episoder, mens hos andre utgjør lidelsen en livslang mestringsoppgave.⁸

¹ Mevik: *Møte med galskap*, Bodø, 1998, s. 9.

² Nilsen og Kjønneøy: *Pasienten, familien og psykiatrien*, Tidsskriftet sykepleien, 2004, nr. 3, s. 35 flg.

³ Mevik op. cit. s. 9.

⁴ I.c.

⁵ St.meld. nr 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet*, s. 10 og 11.

⁶ Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (heretter LPP): *Tiltaksplan for økt støtte til og samarbeid med pårørende og andre nærpersoner til mennesker med psykiske lidelser*, Oslo, s. 11.

⁷ Retterstøl: *I grenseland. Fra en psykiaters liv*, 2003, s. 14.

⁸ ibid. s. 10.

Andre hovedgrupper av psykiske lidelser er nevrosener, personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, angst, alkohol- eller stoffmisbruk, psykisk utviklingshemning og senil demens.⁹

1.2 Politiske og rettslige utgangspunkter

I løpet av de siste ti årene er det fra sentralt politisk hold i økende grad blitt rettet oppmerksomhet mot psykiske lidelser og situasjonen omkring eksisterende behandlingstilbud. Det vises blant annet til St.meld. nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, som avdekket en rekke mangler ved det psykiatriske tjenestetilbudet. Denne tilstandsrapporten ga videre grunnlaget for en politisk forpliktende ressursinnsats og handlingsplan for tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Et enstemmig Storting vedtok innholdet i St.prp. nr. 63 (1997-98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*.¹⁰ I St.meld. nr. 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta* (Verdimeldingen) ble medmenneskelighet, rettferdighet og vern av pasientens autonomi og integritet fremhevet som kjerneverdier.

På lovgivningssiden ble det foretatt en revisjon av helselovgivningen som i 1999 blant annet resulterte i vedtakelsen av fire nye helselover: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven),¹¹ lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven),¹² lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven),¹³ og lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).¹⁴ Lovreformene var et ledd i arbeidet for å styrke pasientens rettssikkerhet og rettigheter overfor helsetjenesten.¹⁵

1.3 Problemstilling og avgrensninger

Som de ovennevnte kilder vil kunne indikere, fokuserer det psykiatriske behandlingssystemet stort sett utelukkende på den psykisk syke og behandlingen av

⁹ Rådet for psykisk helse: *Velferdsstatens forsømte gruppe*, rapport, 1995.

¹⁰ Se Innst.S. nr. 222 (1997-98).

¹¹ Lov 2. juli 1999 nr. 61.

¹² Lov 2. juli 1999 nr. 62.

¹³ Lov 2. juli 1999 nr. 63.

¹⁴ Lov 2. juli 1999 nr. 64.

¹⁵ Ot.prp. nr. 10 (1998-99) s. 11.

ham eller henne. De pårørendes situasjon er i svært liten grad drøftet eller regulert. I denne oppgaven skal jeg ta de pårørendes perspektiv. Med utgangspunkt i egenopplevde erfaringer med helsevesenet er min problemstilling som følgende: *Hvilke rettigheter og plikter overfor helsetjenesten har man som pårørende til en person med psykisk lidelse?* Det avgrenses etter dette mot pårørendes rettsstilling ved somatiske lidelser.

Målet for oppgaven vil først være å gi en oversikt over rettstilstanden slik den kan utledes av gjeldende norsk rett. På bakgrunn av dette er målet videre å foreta en drøftelse av behovet for å styrke de pårørendes rettsstilling i psykiatrien gjennom lovfesting av flere rettigheter, eventuelt hvilke, og den legislative begrunnelsen for slike endringer.

Av omfangsmessige grunner er det imidlertid nødvendig å foreta visse avgrensninger i gruppen pårørende og gruppen pasienter. For det første behandles ikke situasjonen omkring mindreårige pårørende og pårørende til mindreårige pasienter. Forhold knyttet til barn og unge reiser særskilte rettslige og rettspolitiske problemstillinger som det her ikke vil være anledning til å gå i dybden av. For det andre avgrenses det mot pårørende til personer med psykisk utviklingshemning. Dette er en pasientgruppe med et særskilt behov for omsorg og tiltak. For det tredje behandles ikke voksne pårørende til eldre som har utviklet senil demens. Omsorgen for og behandlingen av aldersdemente er i første rekke eldreomsorgens ansvar, selv om noen også trenger psykiatrisk behandling.¹⁶

Til sist vil begrepet psykiatri kunne defineres ulikt avhengig av hvem som refererer til det, og hvilken sammenheng det refereres i. Folk flest vil kanskje forbinde det med sykdom, sinnslidelser eller sjelelige plager, mens helse- og sosialfaglige yrkesgrupper først og fremst vil forstå psykiatri som et fagfelt.¹⁷ Ettersom det her skal foretas en juridisk fremstilling, vil begrepet psykiatri forstås som primærhelsetjenestens og spesialisthelsetjenestens ansvar og virksomhet innenfor det psykiske helsevernet.

¹⁶ Rådet for psykisk helse op. cit. s. 11.

¹⁷ Mevik op. cit. s. 21.

1.4 Fremstillingen videre

I kapittel 2 gis en kort oversikt over det rettskildemessige landskapet som oppgavens tema befinner seg i. I kapitlene 3, 4 og 5, som utgjør oppgavens rettsdogmatiske del, gis en fremstilling av helselovgivningens definisjon av pårørende og den nærmeste, etterfulgt av pårørendes rettigheter og plikter etter henholdsvis pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven. I kapittel 6 fremgår enkelte rettspolitiske drøftelser knyttet til de pårørendes rettsstilling i psykiatrien. I kapittel 7 gis en kort oppsummering av oppgaven med en etterfølgende konklusjon.

2 Rettskilder og metode

2.1 Plassering i rettssystemet

Reguleringen av det psykiske helsevernet er et offentligrettslig emne og i hovedsak en del av rettsområdet kalt helse retten. I moderne rettsvitenskap er helse retten plassert innenfor velferdsretten, som igjen er en del av den spesielle forvaltningsretten.

2.2 Rettskildedefaktorene

I prinsippet er rettskildene i helse retten de samme som i andre deler av rettssystemet. Spørsmålet om de pårørendes rettsstilling i psykiatrien må imidlertid behandles i en noe begrenset rettskildesituasjon. Dette skyldes for det første fraværet av relevant rettspraksis på området.¹⁸ For det andre er temaet i liten grad behandlet i juridisk teori. Den helse rettslige lovgivningen, jf. kommunehelsetjenesteloven,¹⁹ spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven og helsepersonelloven, samt de generelle bestemmelsene i forvaltningsloven,²⁰ vil således utgjøre de viktigste rettskildene ved undersøkelsen av gjeldende rett.

Helse lovgivningen er i stor grad supplert av utfyllende forskrifter. Forskrifter som ligger innenfor lovens fullmakter er like bindende som loven selv. Relevante forskriftsbestemmelser er dermed en nødvendig rettskilde for klargjøring av rettstilstanden.

Ettersom helse retten i stor grad innebærer en realisering av politiske løfter, oppstår et særskilt tolkningsproblem knyttet til det velferdsrettslige rettighetsbegrep.

¹⁸ Rt. 1984 side 591 (Juklerød II-dommen) avspeiler ikke rettstilstanden etter helse lovgivningen av 1999.

¹⁹ Lov 19. november 1982 nr. 66.

²⁰ Lov 10. februar 1967 (forvaltningsloven).

Det må i denne sammenheng skilles mellom rettskrav og rett til å konkurrere om knappe ressurser.²¹ Forskjellen har betydning for forvaltningens adgang til å avslå en søknad om et velferdsgode på grunnlag av budsjettmessige prioriteringer.²² Bestemmelsens ordlyd, formålsbetraktninger og uttalelser i lov- og forskriftsforarbeider vil her være viktige momenter for tolkningsprosessen. Som skranker for utvidende og innskrenkende regeltolkning, står Stortingets bevilgningsmyndighet på den ene siden og legalitetsprinsippet på den annen.

Lovforståelse som tilkjennegis i offentlige dokumenter etter lovens vedtagelse, såkalte ”etterarbeider”, vil i enkelte sammenhenger kunne gis rettskildemessig relevans og vekt. Etterarbeider tillegges her relevans og vekt på linje med juridisk teori.²³

I de aller fleste tilfeller vil forvaltningens vedtak og administrative uttalelser (rundskriv) i praksis være avgjørende for den enkelte. Forvaltningspraksis har imidlertid liten rettskildemessig vekt, og er for øvrig vanskelig tilgjengelig. Slik praksis vil således ikke bli nærmere belyst i denne oppgaven.

Til sist vil tvilsomme helserettslige spørsmål som ikke lar seg besvare på bakgrunn av lov, forskrifter, rettspraksis og forarbeider, eventuelt juridisk litteratur og etterarbeider, måtte løses på bakgrunn av reelle hensyn. Slike hensyn vil også kunne gjøres gjeldende som argumenter i tolkningsprosessen med de ovennevnte rettskildefaktorene.

²¹ Kjønstad og Syse: *Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter, rettsikkerhet og tvang*, 3. utg., Oslo, 2005, s. 96 flg.

²² *ibid* s. 97.

²³ Se også Kjønstad: *Kompendium i helserett*, Oslo, 2003, s. 46.

3 Hvem er ”de pårørende” i psykiatrien?

3.1 Innledning

Pårørende er etter gjeldende rett tillagt visse rettigheter og oppgaver knyttet til pasientens kontakt med helsevesenet. Hvem som skal regnes som pasientens pårørende, må derfor defineres. Videre er det behov for å klargjøre forholdet mellom disse. Etersom ikke alle pårørende kan utøve de samme rettigheter og plikter overfor helsetjenesten, har det derfor vært naturlig å reservere en særlig kompetanse til pasientens ”nærmeste pårørende”.

Både pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven inneholder legaldefinisjoner av de pårørende og den nærmeste pårørende. Pasientrettighetslovens bestemmelser, som gjelder generelt for helsetjenesten, behandles først i punkt 3.2. Deretter redegjøres det for de særskilte reglene etter psykisk helsevernloven i punkt 3.3. Det rettslige forholdet mellom definisjonene er nærmere behandlet i punkt 3.4.

3.2 Pasientrettighetslovens legaldefinisjon

3.2.1 De pårørende

Den generelle hovedregelen etter pasientrettighetsloven (pasl.) er at pasienten²⁴ selv bestemmer hvem som er hans eller hennes pårørende, jf. § 1-3 bokstav b første punktum. Pasienten står således fritt til å velge enhver person, uavhengig av familietilknytning. Regelen er begrunnet ut fra pasientens autonomi,²⁵ og har til hensikt å sikre at pasientens tarv ivaretas av en person som vedkommende stoler på.

²⁴ Se pasl. § 1-3 bokstav a.

²⁵ Se nærmere om autonomibegrepet i Aasen: *Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling*, Bergen, 2000, s. 156 flg.

Bestemmelsen reiser imidlertid tolkningstvil med hensyn til eventuelle grenser for valgfriheten, noe som igjen vil være av stor betydning for de pårørendes rettsstilling. Vil pasienten i medhold av sin selvbestemmelsesrett for eksempel helt kunne utelukke et familiemedlem som pårørende, til tross for at vedkommende åpenbart har hatt en pårørendes funksjon? Hvordan skal helsetjenesten forholde seg til pasientens valg når vedkommende utpeker døde, fiktive eller lignende personer som sin(e) pårørende? Og hvilken mulighet har pasienten til å avskrive enhver som hans eller hennes pårørende?

Pasientrettighetsloven inneholder ingen eksplisitt bestemmelse som åpner for en saklighetskontroll eller annen overprøving av pasientens valg. De nevnte spørsmålene ble ikke berørt av departementet eller stortingskomiteen under utarbeidelsen av loven. Spørsmålene er heller ikke omtalt i juridisk teori. Løsningen må således bero på en avveining av relevante reelle hensyn.

Hensynet til enkeltmenneskets autonomi og integritet er et bærende element i helseretten. I helselovgivningen finnes det likevel eksempler på bestemmelser som utgjør en innskrenkning i pasientens selvbestemmelsesrett. Dette gjelder situasjoner hvor andre tungtveiende interesser gjør seg gjeldende i tillegg til pasientens autonomi. Det kan her nevnes regler om begrensninger i pasientens innsynsrett i journalen etter pasientrettighetsloven, helsepersonells opplysningsrett og -plikt etter helsepersonelloven, og psykisk helsevernlovens bestemmelser om tvungent psykisk helsevern. En grense for pasientens valgfrihet med hensyn til valg av pårørende vil således ikke i seg selv være i strid med helselovgivningens forutsetninger.

Videre er hensynet til de pårørende et anerkjent hensyn i helseretten. Ved motstrid skal pasientens interesser som hovedregel gå foran, jf. for eksempel Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 72 om departementets behandling av pårørendes rett til informasjon. Dersom pasienten derimot i enhver sammenheng skal kunne avskjære faktiske pårørende fra å utøve rettigheter tillagt dem etter pasientrettighetsloven med henvisning til bestemmelsesretten, vil dette i enkelte situasjoner kunne føre til svært urimelige resultater. Etter mitt syn tilsier hensynet til de pårørendes interesser at vedkommende helsepersonell må gis en viss adgang til å foreta en saklighetskontroll med pasientens valg av pårørende. Spørsmålet er imidlertid om en slik (begrenset) overprøving uten et uttrykkelig hjemmelsgrunnlag vil være i strid med legalitetsprinsippet. Etter min

vurdering må det her foretas en avveining mellom pasientens behov for rettssikkerhet og graden av urimelighet ved at overprøving eventuelt ikke kan finne sted.

Som nevnt vil en ubetinget anerkjennelse av pasientens valg av pårørende kunne føre til svært urimelige resultater. Pårørende vil i de fleste tilfeller søke å ivareta pasientens interesser overfor helsetjenesten, hvilket vil være i tråd med formålet i pasl. § 1-3 bokstav b første punktum. Det er således vanskelig å se at pasienten har et særlig stort rettssikkerhetsbehov som tilsier at saklighetskontroll ikke bør kunne foretas, eller at en begrenset overprøvingsadgang vil undergrave legalitetsprinsippets funksjon. I de tilfeller hvor pårørende er til stor skade for den psykisk syke, vil imidlertid en overprøving av pasientens valg være utelukket.

På bakgrunn av det ovennevnte legges det således til grunn at pasientens valgfrihet med hensyn til valg av pårørende ikke er absolutt, og kan undergis en begrenset saklighetskontroll når hensynet til de pårørende åpenbart tilsier dette. Avgjørelsesmyndigheten bør i denne sammenheng tilligge den faglig ansvarlige.

Dersom pasienten ikke ønsker det eller er ute av stand til å ta stilling til spørsmålet om pårørende, oppstiller loven en liste over personer som det på grunn av familiemessige eller andre relasjoner er naturlig å anse som pårørende, jf. § 1-3 første ledd bokstav b annet punktum. Disse er ”ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge”. For samboere stilles det krav til samboerskapets fasthet og varighet, jf. uttrykkene *ekteskapslignende* eller *partnerskapslignende* samboerskap.²⁶ En person i et nytt og ustabil samboerskap med pasienten vil således ikke være pårørende i pasientrettighetslovens forstand, med mindre denne velges av pasienten etter regelen i første punktum.

²⁶ Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 35-36.

3.2.2 Den nærmeste pårørende

Pasientrettighetslovens utgangspunkt er at pasienten selv oppgir hvem som er hans eller hennes nærmeste pårørende, jf. pasl. § 1-3 bokstav b. Også her er hovedregelen valgfrihet. Dette innebærer blant annet at pasienten står fritt til å bestemme at vedkommendes søster eller bror, og ikke ektefellen, skal være den nærmeste. Eventuelt kan pasienten velge enhver annen person uten familiær tilknytning, for eksempel en god venn.

I juridisk teori er det forutsatt at pasienten på ethvert tidspunkt kan endre på sitt valg.²⁷ En slik endringsrett vil være naturlig ut fra prinsippet om pasientens autonomi. Dette er med hensyn til samtykkereglene kommet til uttrykk i pasl. § 4-1 annet ledd om pasientens rett til å trekke sitt samtykke tilbake. Tilsvarende må således også gjelde for pasientens valg av nærmeste pårørende.

Dersom pasienten ikke tar stilling til spørsmålet om den nærmeste, vil pasientens nærmeste etter loven være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med vedkommende, jf. § 1-3 bokstav b annet punktum, likevel slik at det tas utgangspunkt i den rekkefølgen av pårørende som følger av bestemmelsen. Det kan her dreie seg om situasjoner hvor sykdom eller pasientens tilstand på det aktuelle tidspunktet er slik at vedkommende ikke selv er i stand til å ta avgjørelsen. Det kan også forekomme situasjoner hvor pasienten ikke ønsker å peke ut sin nærmeste.²⁸

3.3 Psykisk helsevernlovens legaldefinisjon

3.3.1 De pårørende

Ifølge psykisk helsevernloven (phlsvl.) § 1-3 første ledd har pasienten ikke valgfrihet med hensyn til hvem som er hans eller hennes pårørende. Reguleringen avviker således fra ordningen i pasientrettighetsloven. De pårørende er her angitt i bestemmelsens første ledd i en liste tilsvarende den i pasientrettighetsloven, men med tilføyelse av ”andre familiemedlemmer som står pasienten nær”. Definisjonen er utvidet i forhold til

²⁷ Hagen, Riedl og Østbøl (heretter Hagen m.fl.): *Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer*, Oslo, 2002, s. 79.

²⁸ *ibid* s. 80.

tidligere lov²⁹ ved at også samboere og hjelpeverge er tatt inn på listen. I forhold til samboere stilles det krav til samboerskapets fasthet og varighet, jf. også her uttrykkene *ekteskapsliknende* eller *partnerskapsliknende* samboerskap.³⁰

3.3.2 Den nærmeste pårørende

Ved spørsmålet om den nærmeste har pasienten valgfrihet innenfor den angitte kretsen av pårørende. I forarbeidene ble det i denne sammenheng uttalt at den enkeltes menneskeverd og medbestemmelsesrett burde tillegges overveiende vekt.³¹ Den nærmeste er etter dette den av de pårørende som vedkommende oppgir som sin nærmeste, jf. phlsvl. § 1-3 annet ledd første punktum.

Pasientens valgfrihet er imidlertid innskrenket i forhold til begjæringer etter phlsvl. §§ 3-5, 3-6 og 3-7. Med hensyn til disse bestemmelsene er den nærmeste den av de pårørende som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med vedkommende, likevel slik at det tas utgangspunkt i den rekkefølgen av pårørende som angitt i loven, jf. § 1-3 tredje ledd. Etter dette vil det dermed kunne forekomme tilfeller hvor den nærmeste i en begjæringssituasjon er en annen pårørende enn den pasienten selv oppgir. Etter departementets vurdering vil det ikke være praktisk at pasienten skal kunne velge hvem som skal være den nærmeste i forbindelse med selve etableringen av tvungent psykisk helsevern ettersom det i denne fasen ofte foreligger en akuttsituasjon.³² Departementet påpekte imidlertid viktigheten av at den nærmeste, etter at vernet er etablert, vil være den pårørende som pasienten i den aktuelle situasjon har mest tillit til.³³

For at pasientens samboer skal kunne regnes som nærmeste pårørende i begjæringstilfellene, må samboerskapet ha vart i minst to år, jf. § 1-3 tredje ledd annet punktum. Her valgte lovgiver å presisere samboerskapets varighet, hvilket ikke ble gjort

²⁹ Lov 28. april 1961 § 21.

³⁰ Ot.prp. nr. 11 (1998-99) s. 47-48.

³¹ Ot.prp. nr. 11 (1998-99) s. 48.

³² l.c.

³³ l.c.

i pasientrettighetsloven. Dette er en følge av de inngripende rettigheter psykisk helsevernloven gir den nærmeste.³⁴

I de tilfeller hvor pasienten ikke kan eller vil gi uttrykk for et ønske om den nærmeste, vil dette være den av de pårørende som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med vedkommende, likevel slik at det tas utgangspunkt i rekkefølgen av pårørende som angitt i loven, jf. § 1-3 annet ledd i.f., jf. første ledd.

3.4 Det rettslige forholdet mellom legaldefinisjonene

Som redegjort for ovenfor innebærer reguleringen i psykisk helsevernloven med hensyn til definisjonen av pårørende og den nærmeste en avvikende ordning i forhold til den som fremgår av pasientrettighetsloven. Dette kan føre til at pasientens nærmeste for rettigheter etter pasientrettighetsloven, som for eksempel rett til informasjon og medvirkning, blir en annen person enn den som kan utøve rettigheter etter psykisk helsevernloven. I departementets behandling av de to lovene, var det foreslått en lik regulering med hensyn til definisjonen av pårørende. Pasienten hadde etter dette ingen valgfrihet. Stortingskomiteen fant imidlertid grunn til å endre på forslaget i pasientrettighetsloven uten nærmere redegjørelse for begrunnelsen. Ulikheten i de to legaldefinisjonene åpner således for uklarheter både ved tolking og anvendelse.

I juridisk teori fremgår to motstridende synspunkter på et mulig tolkningsresultat. Det anfektes for det første at den snevrere definisjonen etter psykisk helsevernloven også bør gjelde for rettigheter etter pasientrettighetsloven etter en form for *lex specialis*-vurdering. Som begrunnelse anføres hensynet til sammenhengen i regelverket.³⁵ Motsatt anfektes det med utgangspunkt i phlsvl. § 1-5, som fastslår at pasientrettighetsloven gjelder for psykisk helsevern *så langt det passer*, at pasientrettighetslovens legaldefinisjon må gjelde for for eksempel retten til journalinnsyn ettersom denne retten fullt ut er regulert i pasientrettighetsloven.³⁶

³⁴ *ibid* s. 49.

³⁵ Hagen m.fl. *op. cit.* s. 81-82.

³⁶ Syse: *Psykisk helsevernloven med kommentarer*, Oslo, 2004, s. 34.

I Høringsnotat om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven fremlagt den 13. juni 2005, er det foreslått å gi pasientrettighetslovens legaldefinisjon tilsvarende anvendelse for psykisk helsevern (se punkt 6.2.2.1 nedenfor). I departementets lovforståelse av gjeldende rett, er det ikke lagt til grunn et lex specialis-prinsipp ved tolkningen av forholdet mellom de to legaldefinisjonene. Synspunktet om at pasientrettighetslovens regulering må legges til grunn for rettigheter fullt ut regulert i pasientrettighetsloven, forsterkes således av departementets lovforståelse. Høringsnotatet representerer imidlertid et såkalt ”etterarbeider”, og tillegges her ikke større rettskildemessig vekt enn juridisk teori for øvrig.

Til tross for at ulikheten i de to regelverkene kan være uheldig og medføre uønskede utslag, vil forskjellen i dette tilfellet ikke kunne elimineres på bakgrunn av motstridsprinsipper. Etersom psykisk helsevernloven eksplisitt tar stilling til pasientrettighetslovens bestemmelser, jf. § 1-5, vil det ikke være adgang til å oppstille en alternativ regel på bakgrunn av lex specialis-betraktninger. Den nærmeste pårørende for rettigheter etter pasientrettighetsloven vil dermed, etter mitt syn, være definert etter pasientrettighetslovens legaldefinisjon.

4 Pårørendes rettsstilling etter pasientrettighetsloven m.m.

4.1 Innledning

Pasientrettighetsloven er en generell rettighetslov som gjelder for alle pasientgrupper – psykiatriske og somatiske – og deres pårørende i kontakten med helsetjenesten og vedkommende helsepersonell. Helsetjenesten med ansvar for psykisk helsehjelp omfatter både den kommunale primærhelsetjenesten og den statlige spesialisthelsetjenesten, jf. pasl. § 1-3 bokstav d.

I det følgende skal det redegjøres for pårørendes rettigheter og oppgaver overfor helsetjenesten etter pasientrettighetsloven med tilhørende forskrifter.

Pasientrettighetslovens bestemmelser må ses i sammenheng med korresponderende regler i den øvrige helselovgivningen for at oversikten over rettstilstanden skal bli fullstendig. Slike rettsregler vil her bli inkludert i drøftelsene der dette er naturlig ut fra sammenhengen. De spesielle bestemmelsene etter psykisk helsevernloven behandles særskilt i kapittel 5.

I pasientrettighetsloven er forholdet til forvaltningsloven ikke klargjort etter lovens alminnelige bestemmelser, jf. pasl. kapittel 1. Det fremgår imidlertid eksplisitt at forvaltningsloven ikke skal gjelde for saksbehandling og avgjørelser i første instans etter kapittel 2, jf. pasl. § 2-7, men at forvaltningsloven derimot skal gjelde for klagebehandling etter kapittel 7, jf. § pasl. § 7-6. Helsetjenestens virksomhet som sådan vil uansett være forpliktet til å oppfylle kravet til god forvaltningsskikk, herunder plikten til å veilede den enkelte borger om aktuelle materielle og prosessuelle rettigheter.

4.2 Rett til informasjon

4.2.1 Innledning

Når en person rammes av en psykisk lidelse, vil vedkommendes pårørende ofte ha behov for informasjon om personens helsetilstand og om psykiske lidelser generelt. Opplysninger om noens sykdoms- og personlige forhold er som hovedregel taushetsbelagte opplysninger etter helsepersonelloven (hlspl.) § 21. Bestemmelsen kodifiserer og effektuerer pasienters rett til vern mot spredning av slike opplysninger, jf. pasl. § 3-6. Hensynet til konfidensialitet står særlig sterkt i helseretten, og begrunnes ut fra en grunnleggende respekt for pasientens personlige integritet og autonomi.³⁷ Brudd på taushetsplikten kan medføre straffansvar for vedkommende helsepersonell etter straffeloven³⁸ § 121. Videreformidling av noens personlige helseopplysninger må således forankres i et særskilt rettsgrunnlag. Slike rettsgrunnlag av betydning for pårørendes rettsstilling behandles nedenfor i punkt 4.2.2. Helsetjenestens oppgave med hensyn til generell informasjon og annen veiledning behandles i punkt 4.2.3.

4.2.2 Informasjon om pasientens helsetilstand

4.2.2.1 Samtykke

Etter pasl. § 3-2 har pasienten rett til informasjon om egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Informasjonsretten er en nødvendig forutsetning for at pasienten skal ha mulighet til kunne utøve retten til medvirkning og for å kunne avgi gyldig samtykke.³⁹

Pårørendes rett til informasjon om pasientens personlige forhold, er som hovedregel avhengig av pasientens samtykke, jf. pasl. § 3-3 første ledd. Dette forutsetter imidlertid at vedkommende er helserettslig kompetent, det vil si at pasienten tilfredsstillt kravene til å avgi samtykke etter pasl. §§ 4-1 til 4-3. Ofte vil pasientens og de pårørendes ønsker med hensyn til opplysninger være sammenfallende. Det kan imidlertid forekomme tilfeller hvor interessene er motstridende. I slike situasjoner oppstår en konflikt mellom pårørendes informasjonsbehov og pasientens behov for konfidensialitet. Ifølge lovgivers

³⁷ Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 74.

³⁸ Lov 22. mai 1902 nr. 10.

³⁹ Syse: *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, Oslo, 2004, s. 203.

vurdering skal de pårørendes krav om informasjon som hovedregel stå tilbake for pasientens krav om taushet.⁴⁰

Ved samtykke blir vedkommende helsepersonell fri fra taushetsplikten, og kan straffritt gi de opplysninger som samtykket omfatter, jf. hlspl. § 22 første ledd og pasl. § 3-6 andre ledd. I henhold til prinsippet om pasientens selvbestemmelsesrett kan samtykket når som helst helt eller delvis trekkes tilbake, jf. også analogisk pasl. § 4-1.

4.2.2.2 "Forholdene tilsier det"

Pasl. § 3-3 første ledd åpner for at pårørende i visse tilfeller vil kunne ha rett til personlige helseopplysninger selv uten pasientens samtykke dersom *forholdene tilsier det*. Dette er særlig aktuelt dersom det ikke er mulig å anskaffe pasientens gyldige samtykke fordi pasienten enten har nedsatt eller bortfalt bevissthet, for eksempel på grunn av fysisk eller psykisk utmattelse, forvirring eller bevisstløshet,⁴¹ eller psykiske forstyrrelser av ulik karakter og av mer eller mindre forbigående art.⁴² I slike situasjoner tilsier hensynet til de pårørende at informasjon i utgangspunktet blir gitt og at pasientens formodede vilje legges til grunn. Pårørende bidrar til å gi pasienten trygghet i behandlingssituasjonen, og man kan dermed i mange tilfeller anta at pasienten vil at de skal informeres.⁴³ Et antatt samtykke er for øvrig akseptert som eget rettsgrunnlag i forhold til behandlingsinngrep, se pasl. § 4-6 annet ledd annet punktum.

Bestemmelsen reiser imidlertid tolkningstvil med hensyn til rammene for helsepersonellens skjønn. Forarbeidene gir i denne sammenheng liten veiledning. I forhold til den tidligere legeloven som inneholdt en tilsvarende bestemmelse, ble det med hensyn til de psykiatriske tilfellene blant annet uttalt at "*de pårørende kan ha behov for opplysninger i egen interesse som legen ikke kan se bort fra; eller pasientens egen interesse kan tilsi at de får opplysninger mot hans vilje som kan være påvirket av sykdommen, vrangforestillinger o.l.*"⁴⁴

⁴⁰ Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 68, se også Ot.prp. nr. 13 (1998-99) s. 94-95.

⁴¹ Syse op. cit. s. 207.

⁴² Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 72.

⁴³ l.c.

⁴⁴ Ot.prp. nr. 1 (1979-80) s. 235.

Uttrykket ”forholdene tilsier det” i pasl. § 3-3 første ledd må imidlertid tolkes på bakgrunn av hovedregelen om pasientens samtykke. I denne forbindelse må lovgivers eksplisitte utsagn og forutsetning om at pårørendes informasjonsrett skal vike for pasientens krav om taushet, tillegges vesentlig vekt. Videre er hensynet til pasientens selvbestemmelse og integritet bevisst gitt større gjennomslag i den nyere helselovgivningen. I situasjoner hvor pasienten mangler samtykkekompetanse, vil det for eksempel likevel være et krav om å sannsynliggjøre pasientens formodede vilje. Dette innebærer blant annet at pasientens tidligere utsagn og handlinger vil kunne gi uttrykk for en opplysningsverdi som bør tillegges vekt ved kartleggingen av pasientens interesser.

De tildels vide rammene som legelovens motiver ga anvisning på kan således ikke overføres til tolkningen av gjeldende rett. En avgjørelse om å gi pasientopplysninger til pårørende utelukkende basert på de pårørendes (påtrengende) informasjonsbehov, vil derfor etter min mening ikke være berettiget etter pasl. § 3-3 første ledd. Dette til tross for at andre tungtveiende hensyn skulle tilsi at slike opplysninger ble gitt. Det vil for eksempel kunne tenkes en situasjon hvor en person som har utviklet en alvorlig psykose, nekter sine pårørende informasjon som følge av vrangforestillende tanker om forfølgelse og konspirasjon. Helsepersonellet vil her i hovedregelen være rettslig bundet av taushetsplikten etter hlspl. § 21.

4.2.2.3 Når pasienten åpenbart ikke kan ivareta sine interesser

Når pasienten mangler samtykkekompetanse fordi hun eller ham åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming, trer pasientens nærmeste pårørende inn i pasientens rettigheter. Den nærmeste pårørende har etter dette rett til informasjon i samme utstrekning som pasienten selv, jf. pasl. § 3-3 annet ledd. Bestemmelsen må ses i sammenheng med reglene om samtykkekompetanse og representasjon, jf. § 4-6. Pasienter med nedsatt samtykkekompetanse skal i så stor utstrekning som mulig ta avgjørelser i helsespørsmål selv. Finner helsepersonellet at pasienten ikke bør treffe avgjørelser alene, skal nærmeste pårørende informeres slik at vedkommende kan bidra til å finne den beste helsehjelpen for pasienten. Slik informasjon bør ikke begrenses til det pårørende ber om av informasjon, fordi pårørende ikke alltid vet hva de bør spørre

etter. Helsepersonell har ikke den samme oppfordring til å informere pårørende som overfor pasienten selv. Men jo alvorligere pasientens tilstand er, desto større anstrengelser kan kreves av helsepersonellet for å informere de pårørende.⁴⁵

Dersom vilkårene for pårørendes rett til informasjon etter pasl. § 3-3 første og annet ledd er oppfylt, og pårørende krever slik informasjon, har helsepersonellet en straffesanksjonert plikt til å imøtekomme dette kravet, jf. hlspl. § 10, jf. § 67.

4.2.2.4 Helsepersonells mulighet til å videreformidle ellers taushetsbelagt informasjon

I enkelte tilfeller kan pasientens pårørende av ulike grunner ha sterke interesser i å bli informert, selv når pasienten motsetter seg dette. Slike tungtveiende interesser kan således påkrevne at helsepersonellets taushetsplikt til tider bør vike. Hlspl. § 23 åpner for slike unntak.

Det er særlig vilkåret i hlspl. § 23 nr. 4 som kan finnes oppfylt slik at helsepersonell gis en opplysningsrett til pasientens pårørende. I dette unntaket videreføres rettsstridsreservasjonen i den tidligere legeloven § 31 annet ledd. Bakgrunnen for å erstatte formuleringen ”særlige grunner” med ”tungtveiende private eller offentlig interesser” var et ønske om å tydeliggjøre den interesseavveiningen som er lagt til grunn i rettsanvendelsen, uten at dette skulle medføre noen realitetsendring i den nye loven.⁴⁶ Utgangspunktet for avveiningen er at de hensynene som taler for å bryte taushetsplikten må veie vesentlig tyngre enn hensynet som taler for å bevare taushet, hvilket alltid vil veie tungt.⁴⁷ Dette gir anvisning på en streng norm for anvendelse av rettsstridsreservasjonen. Det skal således mye til før det er adgang for helsepersonell til å gi taushetsbelagte opplysninger til pårørende etter bestemmelsen i hlspl. § 23 nr. 4.

Unntak fra taushetsplikten innebærer at helsepersonell får en opplysningsrett, dvs. at helsepersonell selv kan avgjøre om de vil gi opplysninger eller ikke. Helsepersonellet har således ingen opplysningsplikt overfor pårørende i slike tilfeller.

⁴⁵ Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 72.

⁴⁶ Ot.prp. nr. 13 (1998-99) s. 228.

⁴⁷ l.c.

4.2.3 Generell informasjon og kunnskapsformidling

I tillegg til konkrete opplysninger om pasientens helsetilstand og pågående behandlingsopplegg, har pårørende ofte behov for informasjon og veiledning om psykiske lidelser generelt.⁴⁸ Det kan gjelde spørsmål om diagnoser, lidelsers karakter og årsaker, medisiner, behandlingsmetoder og sykdomsmestring. Slik generell informasjon er ikke taushetsbelagte opplysninger etter hlspl. § 21, jf. også pasl. § 3-6, og helsepersonellet har således full opplysningsrett.

4.2.3.1 Sykehusenes opplæring av pasienter og pårørende

I sphsl. § 3-8 nr. 4 er opplæring av pasienter og pårørende lovfestet som én av fire hovedoppgaver som sykehus særlig skal ivareta. Sykehusbegrepet omfatter her både somatiske og psykiatriske sykehus.⁴⁹ Bestemmelsens fjerde punkt ble i lovgivningsprosessen tilføyd av departementet, som i sine vurderinger særlig fremhevet at god opplæring og mestring av sykdommen kan bidra til å redusere risikoen for komplikasjoner og bedre pasientens og de pårørendes livskvalitet. Det ble spesielt vist til opplæring av kronisk syke som må leve med sykdommen resten av livet, og deres pårørende.⁵⁰

Det fremgår imidlertid av forarbeidene at sphsl. § 3-8 ikke skal betraktes som en pliktbestemmelse, men snarere en angivelse av de viktigste formålene ved sykehusinstitusjonen.⁵¹ Bestemmelsen tar således verken sikte på å angi sykehusenes ressursinnsats på de enkelte oppgaver eller å gi uttrykk for en rettslig prioritetsrekkefølge. Dette tilligger myndigheter og eiere å bestemme.⁵² For pårørende innebærer dette at de ikke har et rettskrav på å motta opplæring fra sykehusene. De opplæringstilbud som eksisterer vil således være avhengig av sykehusenes budsjettmessige prioriteringer til enhver tid.

⁴⁸ LPP op. cit. s. 16.

⁴⁹ Ot.prp. nr. 10 (1998-99) s. 128.

⁵⁰ Ot.prp. nr. 10 (1998-99) s. 65.

⁵¹ Ot.prp. nr. 10 (1998-99) s. 128.

⁵² Sykehusene ble etter endring av eierstrukturen 1. januar 2002 forankret på statlig nivå, jf. lov 15. juni 2001 nr. 93 (helseforetaksloven) § 53 nr. 12.

4.2.3.2 Kommunenes opplysningsvirksomhet

I kommunehelsetjenesteloven (khl.) § 1-3 første ledd nr. 1 bokstav d er opplysningsvirksomhet nevnt som et særskilt tiltak under den kommunale helsetjenesten. Bestemmelsen forstås som en plikt⁵³ for kommunen til å formidle generelle helseopplysninger til lokalbefolkningen og opplysninger til den enkelte om mulighetene for behandlings- og hjelpetilbud.⁵⁴ Opplysningsvirksomheten er et ledd i kommunens arbeid for å fremme helse og forebygge sykdom, jf. khl. § 1-3 første ledd nr. 1.

Om, og i hvilken utstrekning, opplysningsplikten også omfatter opplæring av pårørende, er ikke uten videre klart. Spørsmålet er ikke direkte kommentert i lovens forarbeider. Det ble derimot lagt stor vekt på betydningen av helseopplysning som et sentralt element i det helseforebyggende arbeidet.⁵⁵ Dette er videre kommet til uttrykk i lovens formål, jf. khl. § 1-2. Ettersom opplæring av pårørende med hensyn til psykisk sykdom ofte vil ha en forebyggende effekt i forhold til pårørendes egen helse,⁵⁶ tilsier lovens formål at slik opplæring vil kunne omfattes av kommunens opplysningsplikt etter khl. § 1-3 første ledd nr. 1 bokstav d.

Noe annet er imidlertid om pårørende etter dette har et rettskrav på å motta opplæring. Dette kan vanskelig utledes av lovens ordlyd, som kun i generelle ordelag angir opplysningsvirksomheten som én av kommunehelsetjenestens ansvarsoppgaver. Uansett vil det tilligge kommunens ansvar å opplyse om de undervisningsstiltak som faktisk tilbys, enten dette er i primærhelsetjenestens eller spesialisthelsetjenestens regi, jf. khl. § 1-3 første ledd nr. 1 bokstav d, jf. også den alminnelige veiledningsplikten etter fvl. § 11.

⁵³ Norsk Lovkommentar, bind 2 1976-1992, Oslo 2002, s. 1545, (9).

⁵⁴ Ot.prp. nr. 66 (1981-82) s. 28-29.

⁵⁵ Innst.O. nr. 7 (1982-83) s. 7-8 og 10.

⁵⁶ Se Nilsen og Kjønneøy op. cit.

4.3 Rett til å samtykke på vegne av pasienten

4.3.1 Samtykke til helsehjelp

Hensynet til enkeltmenneskets autonomi og integritet er som nevnt et bærende element i helseretten. Utgangspunktet for all helsehjelp er således at pasienten skal samtykke til hjelpen, jf. pasl. § 4-1. I situasjoner hvor pasienten helt mangler samtykkeevne etter pasl. § 4-3 annet ledd, er vedkommendes nærmeste pårørende gitt kompetanse til å ta gyldige avgjørelser på vegne av pasienten gjennom særlige representasjonsregler.

Etter § 4-6 annet ledd kan nærmeste pårørende samtykke til annen helsehjelp enn som nevnt i bestemmelsens første ledd, det vil si helsehjelp av mer inngripende karakter. Samtykket legges til grunn som pasientens eget. Forutsetningen er imidlertid at helsehjelpen anses å være i pasientens interesser, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp, jf. § 4-6 annet ledd annet punktum. Dette betyr at det ikke er den nærmeste pårørendes egne verdioppfatninger som skal danne utgangspunktet for vurderinger og avgjørelser på vegne av pasienten, men hva en med en viss grad av sannsynlighet ville kunne formode at vedkommende selv ville ha samtykket til, dersom han eller hun hadde vært i stand til det.⁵⁷ Et stedfortredende samtykke kan således ikke gi grunnlag for helsehjelp dersom dette anses for å være i strid med pasientens formodede interesser, eller dersom pasienten motsetter seg helsehjelpen, jf. § 4-6 tredje ledd.

I andre tilfeller hvor pasientens samtykkekompetanse bare delvis er bortfalt, det vil si at pasienten delvis er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, jf. § 4-3 annet ledd, vil nærmeste pårørende kunne assistere ved avgjørelsen.⁵⁸ Enkelte ganger er slike assisterende forhold formalisert gjennom en oppnevnt hjelpeverge eller verge. For at et assistert samtykke skal kunne danne et gyldig rettsgrunnlag for helsehjelp, er forutsetningen også her at avgjørelsen om helsehjelp fattes ut fra hva som formodes å være i pasientens "beste interesse".⁵⁹

⁵⁷ Syse op. cit. s. 253.

⁵⁸ l.c.

⁵⁹ l.c.

4.3.2 Samtykke til å gi informasjon tredje person

Etter hlspl. § 22 første ledd vil helsepersonell ikke være bundet av taushetsplikten etter hlspl. § 21 i den utstrekning pasienten samtykker til at opplysninger om dennes sykdoms- og personlige forhold gjøres kjent for andre. Dersom pasienten ikke er i stand til å vurdere spørsmålet om samtykke på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemning, har nærmeste pårørende rett til å samtykke på vegne av pasienten, jf. hlspl. § 22 siste ledd. For at et stedfortredende samtykke, eventuelt et assistert samtykke, skal kunne gi uttrykk for et gyldig rettsgrunnlag ved avgjørelsen av om taushetsbelagt informasjon skal kunne gjøres kjent for andre enn pårørende, må forutsetningen også i denne sammenheng være at pasienten sannsynligvis ville ha gitt slik tillatelse etter hlspl. § 22 første ledd.

4.4 Rett til å medvirke sammen med eller på vegne av pasienten

Prinsippet om pasientens medvirkningsrett i egen behandlingssituasjon er etter gjeldende rett nedfelt i pasl. § 3-1 første ledd første punktum. Medvirkningsretten innebærer i korte trekk at pasienten blir en samarbeidspartner for helsepersonellet, og i tillegg til å motta helsehjelp, skal bidra til å sette premissene for hva som skal gjøres og på hvilken måte.⁶⁰

Pasientens pårørende vil kunne medvirke sammen med pasienten i den utstrekning vedkommende samtykker til dette. Dersom pasienten imidlertid mangler samtykkekompetanse etter § 4-3, vil vedkommendes nærmeste pårørende ha en selvstendig rett til å medvirke på vegne av ham eller henne, jf. pasl. § 3-1 andre ledd. De pårørendes medvirkningsrett henger nært sammen med retten til å samtykke til helsehjelp på vegne av pasienten og retten til informasjon når pasienten åpenbart ikke kan ivareta sine interesser. Medvirkningsretten må i slike representasjonstilfeller alltid utøves i tråd med pasientens egen interesse.⁶¹

Med hensyn til individuell plan etter pasl. § 2-5, jf. phlsvl. § 4-1, sphsl. § 2-5, khl. § 6-2a og sosialtjenesteloven (sotjl.) § 4-3a, følger det av forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven at

⁶⁰ Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 65.

helsetjenesten er forpliktet til å trekke inn pårørende under dens utarbeidelse av slike planer, jf. forskriften § 4 første ledd i.f. I departementets merknader til bestemmelsen legges det vekt på de pårørendes sentrale rolle, og at det således må tas hensyn til de pårørendes situasjon og behov i planprosessen.⁶² Vilkåret er imidlertid at både pasienten og pårørende selv ønsker det. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasl. § 4-3, har pasientens nærmeste pårørende en selvstendig rett til å medvirke sammen med pasienten, jf. forskriften § 4 annet ledd.

4.5 Rett til journalinnsyn

Opplysninger om noens sykdoms- og personlige forhold er taushetsbelagte opplysninger etter hlspl. § 21, jf. pasl. § 3-6. Pårørendes rett til innsyn i pasientens journal er dermed som hovedregel avhengig av pasientens samtykke. Reglene om pårørendes innsynsrett fremgår av pasl. § 5-1 tredje, fjerde og femte ledd, jf. også forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 (journalforskriften) § 11 første ledd. Etter hlspl. § 41 plikter den som yter helsehjelpen å gi innsyn i journalen til den som har krav på det.

Når pårørende av pasienten utpekes som dennes representant i de tilfeller pasientens egen innsynsrett er begrenset, se § 5-1 andre ledd, har pårørende rett til innsyn i de journalopplysninger som pasienten selv ikke får se, jf. § 5-1 tredje ledd første punktum. Vilkåret er imidlertid at vedkommende ikke anses uskikket for dette.

Videre vil nærmeste pårørende kunne ha en selvstendig rett til innsyn etter § 5-1 fjerde ledd. Ettersom innsyn i journal innebærer en forlengelse av retten til informasjon, er vilkårene i § 3-3 gitt tilsvarende anvendelse for innsynsretten. Den nærmeste pårørende vil etter dette ha krav på journalinnsyn dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, jf. § 3-3 første ledd, eller dersom pasienten åpenbart ikke er i stand til å ivareta sine interesser av årsaker som nevnt i bestemmelsens annet ledd. Det vises til redegjørelsen i punktene 4.2.2.1, 4.2.2.2 og 4.2.2.3.

Etter § 5-1 femte ledd, jf. tilsvarende bestemmelse i hlspl. § 24 annet ledd, er den nærmeste pårørende gitt innsynsrett i journal etter pasientens død dersom ikke særlige

⁶¹ Syse op. cit. s. 216.

grunner taler mot dette. Slike særlige grunner kan etter forarbeidene være opplysninger pasienten har gitt uttrykk for at det ikke skal gis innsyn i for pårørende, eller opplysninger det er grunn til å anta at pasienten hadde motsatt seg at nærmeste pårørende skulle få kjennskap til, for eksempel opplysninger som kan være svært støtende for de pårørende.⁶³ Ordvalget markerer at unntaket i bestemmelsen skal tolkes snevert.⁶⁴

4.6 Rett til å kreve retting og sletting av journalopplysninger

Pårørende kan etter pasl. § 5-2 kreve at opplysninger i journalen *som gjelder dem* rettes eller slettes på nærmere bestemte vilkår. Pasl. § 5-2 henviser i denne forbindelse til reglene i hlspl. §§ 42 til 44.⁶⁵ Disse bestemmelsene har til hensikt å ivareta vedkommendes personvern, rettssikkerhet og ønske om å få rettet eller slettet feilaktige opplysninger om seg selv.⁶⁶ Bestemmelsene omfatter imidlertid kun en anmodningsrett, det vil si en rett for pårørende til å fremme selve kravet. Hvorvidt kravet tas til følge, beror på en vurdering av journalansvarlig helsepersonell⁶⁷ som treffer avgjørelse i saken, jf. journalforskriften § 13 annet ledd.

Pårørendes klagerett med hensyn til avgjørelser om retting eller sletting, følger av helsepersonelloven, jf. § 42 tredje ledd og § 43 tredje ledd, jf. § 44, og ikke av pasientrettighetsloven, se §§ 7-1 og 7-2.

4.7 Rett til taushet for komparentopplysninger i nødrettstilfeller

Hensynet til pårørende og andre personer som står pasienten nær vil i enkelte tilfeller kunne tilsi at pasientens rett til informasjon og innsyn i egen journal begrenses på nærmere bestemte vilkår. Slike begrensninger fremgår av pasl. § 3-2 tredje ledd i.f. og pasl. § 5-1 andre ledd i forhold til såkalte komparentopplysninger, det vil si opplysninger gitt av tredjemann.

⁶² Jf. forskriftens forarbeider.

⁶³ Ot.prp. nr 12 (1998-99) s. 94.

⁶⁴ Syse op. cit. s. 290.

⁶⁵ Se nærmere Befring og Ohnstad: *Helsepersonelloven med kommentarer*, 2. utg., Bergen, 2000, s. 185 flg.

⁶⁶ Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 94.

⁶⁷ Se hlspl. § 39.

Retten til informasjon og retten til journalinnsyn er imidlertid to svært sentrale pasientrettigheter som det skal mye til for å kunne foreta innskrenkninger i.⁶⁸ Vilkåret for pårørendes rett til taushet for komparentopplysninger er således at det vil være *klart utilrådelig* av hensyn til de pårørende dersom pasienten ble gjort kjent med opplysningene, jf. pasl. § 3-2 tredje ledd i.f. og pasl. § 5-1 andre ledd. Opplysninger som er nedtegnet i samtaler med pårørende, eller som bare kan stamme fra pårørende, kan gi grunn til frykt for represalier, herunder vedvarende terrorisering, mishandling eller annen form for voldsutøvelse, fra pasienten overfor de som har gitt opplysningene.⁶⁹ Dette kan være opplysninger som i utgangspunktet gjelder den pårørende, men som vil ha betydning for pasientens helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.⁷⁰ Som et eksempel kan nevnes pårørendes vurdering av familiesituasjonen rundt en psykiatrisk pasient, hvor den pårørendes egen opplevelse vil kunne ha betydning for behandlingsopplegget.⁷¹

Vilkåret ”klart utilrådelig” peker således mot nødvendslige vurderinger. Rene rimelighetshensyn kan således ikke begrense pasientens informasjons- og innsynsrett. Det må etter dette foreligge en utvilsom og reell fare for konsekvenser av et visst omfang for pasientens pårørende og andre nærstående.⁷² Den som gir opplysningene bør således gjøres oppmerksom på pasientens informasjons- og innsynsrett før opplysningene nedtegnes i journalen.⁷³

Med pasientrettighetslovens reguleringsmåte ble adgangen til å nekte pasienten tilgang til komparentopplysninger vesentlig innsnevret sammenlignet med de tidligere bestemmelsene etter legeloven.⁷⁴ Høyesterett hadde på bakgrunn av den eldre lovgivningen lagt til grunn at en pasients innsynsrett i journalen etter omstendighetene måtte stå tilbake for legens taushetsplikt overfor den som var kilde for opplysningene, i dette tilfellet en tidligere ektefelle, jf. Rt. 1984 side 591. Dommen gir etter dette ikke lenger uttrykk for gjeldende rett. Ettersom pasientrettighetslovens bestemmelser bare er

⁶⁸ Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 71 og 93.

⁶⁹ *ibid* s. 93.

⁷⁰ Syse op. cit. s. 293.

⁷¹ *l.c.*

⁷² Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 93.

⁷³ *ibid.* s. 94.

⁷⁴ Lov 13. juni 1980 nr. 42.

gitt virkning fremover i tid, vil dommen imidlertid fortsatt gjelde for komparentopplysninger gitt før pasientrettighetslovens ikrafttredelsestidspunkt.

4.8 Rett til å klage

4.8.1 Klage til Helsetilsynet i fylket

Pårørendes klageadgang fremgår av pasl. kapittel 7. Pårørende har etter dette rett til på vegne av pasienten eller på vegne av seg selv å anmode den som yter helsehjelpen om at rettighetene etter loven blir oppfylt, jf. pasl. § 7-1 første og annet ledd. I de tilfeller hvor pårørende opptrer som representant for pasienten, må vedkommende enten fremlegge skriftlig fullmakt til å kunne klage på pasientens vegne, eller ha samtykkekompetanse etter pasl. kapittel 4, jf. § 7-1 tredje ledd. Blir anmodningen ikke tatt til følge, gjelder de samme reglene for klage etter § 7-2, jf. tredje ledd. Klagen sendes til Helsetilsynet i fylket, jf. § 7-2 første ledd i.f.

4.8.2 Klage til Pasientombudet og Sivilombudsmannen

Foruten klage etter pasl. kapittel 7, har pårørende rett til å henvende seg til Pasientombudet med oppfordring til å ta en sak opp til behandling, jf. pasl. § 8-3 annet ledd. Pasientombudets virkeområde er imidlertid begrenset til forhold i den offentlige spesialisthelsetjenesten, jf. § 8-3 første ledd.

I alle tilfeller vil pårørende kunne bringe et saksforhold inn for Sivilombudsmannen dersom vedkommende mener å ha vært utsatt for urett fra helsetjenestens side, jf. lov 22. juni 1962 nr. 8, jf. § 6 første ledd.

5 Pårørendes rettsstilling etter psykisk helsevernloven

5.1 Innledning

Mens pasientrettighetsloven gir generelle rettigheter som i utgangspunktet gjelder for alle pasienter og pårørende i helsetjenesten, er psykisk helsevernloven en særlov som bare regulerer spesialisthelsetjenestens⁷⁵ virksomhet innen det psykisk helsevernet, jf. phlsvl. § 1-2 første ledd. Spesialisthelsetjenestens tilbud består i korte trekk av sykehusbasert virksomhet, kommunenære tiltak slik som distriktpspsykiatriske sentre (DPS), og pleie- og omsorgstjenester i form av botilbud ved egne sentre eller psykiatriske sykehjem. Det må således skilles mellom psykiatrisk behandling i spesialisthelsetjenestens regi, og den behandlingen som skjer innenfor den kommunale primærhelsetjenesten.

I dette kapittelet skal det redegjøres for pårørendes rettigheter overfor helsetjenesten etter psykisk helsevernloven med utfyllende forskrifter.

Pasientrettighetsloven er gjort gjeldende så langt den passer, jf. phlsvl. § 1-5. For behandlingen av saker gjelder forvaltningsloven, jf. phlsvl. § 1-6.

5.2 Kompetanse til å begjære tvungent psykisk helsevern

Ved siden av psykisk helsevern på bakgrunn av pasientens eller et stedfortredende samtykke, se phlsvl. kapittel 2, inneholder psykisk helsevernloven også bestemmelser om tvungent psykisk helsevern, se phlsvl. kapittel 3. Loven åpner etter dette for tvangsbruk både i tilknytning til etableringen av helsehjelpen og under gjennomføringen av den. Som begrunnelse for å ha slike regler anføres det i forarbeidene at personer som har en alvorlig psykisk lidelse og som oppfyller de nærmere angitte vilkårene for

⁷⁵ Se lov 2. juli 1999 nr. 61 og lov 15. juni 2001 nr. 93.

tvungent vern, vil være i en situasjon som er svært lidelsesfull og belastende for vedkommende selv og de pårørende.⁷⁶ Dersom personen under slike omstendigheter ikke frivillig ønsker å motta helsehjelp, ofte på grunn av mangel på sykdomsinnsikt, vil tvangstiltak ifølge lovgivers vurdering kunne være berettiget.⁷⁷ Tvangsbruk representerer et svært alvorlig inngrep i den enkeltes autonomi og integritet, og reiser en rekke vanskelige etiske spørsmål som det ville føre for langt å behandle nærmere her.

5.2.1 Hvem kan begjære tvangstiltak?

Tvangstiltak i forbindelse med etablering av psykisk helsehjelp må begjæres av en begjæringskompetent person. I tillegg til offentlig myndighet⁷⁸, er den nærmeste⁷⁹ tillagt slik begjæringskompetanse etter phslvl. §§ 3-5, 3-6 og 3-7, (se nærmere punkt 5.2.2 nedenfor). Den nærmeste vil i disse tilfeller være den av de pårørende som har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i den rekkefølge av pårørende som angitt i loven, jf. phslvl. § 1-3 første ledd, jf. tredje ledd. Dersom den nærmeste er pasientens samboer, forutsetter begjæringskompetanse etter psykisk helsevernloven at samboerskapet har vart i minst to år, jf. § 1-3 tredje ledd annet punktum.

I henhold til forskrift 21. desember 2000 nr. 1410 om etablering av tvungent psykisk helsevern mv. (etableringsforskriften), jf. §§ 4 og 5, stilles det nærmere krav til den som fremsetter begjæring om tvangstiltak etter phslvl. §§ 3-6 og 3-7. Den nærmeste må etter dette ha tilstrekkelig *kjennskap til saken og pasientens situasjon* for å kunne fremsette begjæring slik som nevnt, jf. etableringsforskriften § 4 første ledd i.f. Slik kjennskap vil den nærmeste som regel ha på grunnlag av den daglige omgang med pasienten. I merknadene til bestemmelsen forutsettes det at den nærmeste på denne bakgrunn må ha mulighet til å gjøre seg kjent med *resultatet* av den forutgående legeundersøkelsen, det vil si om lovens vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern anses oppfylt.⁸⁰ Innsyn i legeopplysningene vil derimot være begrenset av taushetsplikten, jf. hlspl. § 21.

⁷⁶ Ot.prp. nr. 11 (1998-99) s. 43 og 44.

⁷⁷ l.c.

⁷⁸ Se phslvl. § 1-3 fjerde ledd.

⁷⁹ Se nærmere oppgavens punkt 3.3.2.

⁸⁰ Høringsnotat 6 til etableringsforskriften.

Forskriftsbestemmelsen har til hensikt å forhindre rene proformaordninger hvor innleggende lege ”bestiller” erklæring fra en begjæringskompetent uten at denne selv har foretatt en vurdering av forholdene som ligger til grunn for begjæringen.⁸¹ Formålet med begjæringsordningen er nettopp den rettssikkerhetsmessige verdi som flere separate vurderinger skal tilsikre før vedtak om tvangstiltak fattes.⁸² (Ordningen er imidlertid foreslått opphevet av Helse- og omsorgsdepartementet, se punkt 6.2.2.1 nedenfor.)

Primærkompetansen for å begjære tvangstiltak er i henhold til psykisk helsevernloven tillagt offentlig myndighet ettersom denne nevnes først i loven. Etter tidligere lov⁸³ lå primærkompetansen hos pasientens nærmeste. I begrunnelsen for endringen ble det lagt vekt på den belastning begjæringsmyndigheten kan ha for den nærmeste. Det ble særlig pekt på behovet for å forebygge unødvendige og belastende konflikter mellom pårørende og pasient som følge av en begjæringsssituasjon. Det ble videre anført at den offentlige myndighet best vil være egnet til å vurdere saken nøytralt.⁸⁴

Begjæringskompetanse på sekundært grunnlag innebærer at den nærmeste kan fremsette begjæring om tvangstiltak dersom aktuelle offentlige instanser somler med eller unnlater å handle, eller dersom vedkommende sterkt ønsker å fremsette begjæringen.⁸⁵

5.2.2 Hvilke tvangstiltak kan begjæres?

Lovhjemlene for å begjære tvangstiltak etter psykisk helsevernloven fremgår av lovens kapittel 3.⁸⁶

5.2.2.1 Begjæring om tvungen undersøkelse

Før tvungent psykisk helsevern kan etableres overfor en person med psykiske plager, må vedkommende gjennomgå en personlig legeundersøkelse for å bringe på det rene om

⁸¹ Ot.prp. nr. 11 (1998-99) s. 86.

⁸² l.c.

⁸³ Lov 28. april 1961 nr. 2, jf. §§ 3 og 5.

⁸⁴ Ot.prp. nr. 11 (1998-99) s. 87.

⁸⁵ l.c.

lovens vilkår⁸⁷ for slikt vern er oppfylt, jf. § 3-4 første ledd. Dersom personen selv ikke ønsker å oppsøke helsevesenet og det er grunn til å tro at vedkommende oppfyller vilkårene for tvungent vern, kan den nærmeste begjære tvungen legeundersøkelse etter § 3-5 første ledd. Kommunelegen, eller den som vedtakskompetansen er delegert til,⁸⁸ fatter vedtak på bakgrunn av begjæringen.

5.2.2.2 Begjæring om videre undersøkelse (observasjon)

Dersom den undersøkende lege etter § 3-5 er i tvil om vilkårene for tvungent vern er til stede og anser det nødvendig med videre undersøkelse, kan den nærmeste begjære observasjon etter § 3-6. Observasjonen skjer ved institusjon godkjent for formålet, enten med eller uten døgnopphold, jf. § 3-8 annet ledd. Observasjonsbestemmelsen gir kun hjemmel til å kartlegge pasientens sinnstilstand innenfor en begrenset tidsperiode for å finne ut om det er grunnlag for å etablere tvungent psykisk helsevern. Vedkommende kan således ikke underlegges tvangsbehandling, se § 4-4. Vedtak fattes av den faglig ansvarlige⁸⁹ etter reglene i § 3-8, jf. også etableringsforskriften §§ 6 og 7.

5.2.2.3 Begjæring om tvungent psykisk helsevern

På bakgrunn av legeuttalelsene etter §§ 3-4 eller 3-5, eventuelt også fra videre undersøkelse begjært etter § 3-6, kan den nærmeste begjære vedkommende underlagt tvungent psykisk helsevern som beskrevet i § 3-1. Vedtak fattes av den faglig ansvarlige etter reglene i § 3-8, jf. også etableringsforskriften § 6.

I de fleste tilfeller vil tvungent psykisk helsevern innebære tvangsinnleggelse ved institusjon, jf. § 3-1 første ledd, og den videre behandling reguleres blant annet av bestemmelsene i lovens kapittel 4. Tvungent vern kan imidlertid også iverksettes uten døgnopphold hvor dette fremtrer som et bedre alternativ for pasienten, jf. § 3-1 andre ledd. Lovens ordlyd nevner i denne sammenheng ikke forholdet til de pårørende som pasienten bor sammen med. I forskrift 24. november 2000 nr. 1174 om etablering av

⁸⁶ For en mer detaljert fremstilling av lovhjemlene for tvangstiltak etter psykisk helsevernloven enn det som fremgår her, vises det til Hagen m.fl. op. cit. og Syse: *Psykisk helsevernloven med kommentarer*, Oslo, 2004.

⁸⁷ Se phlsvl. §§ 3-2 og 3-3.

⁸⁸ Se khl. § 3-5.

⁸⁹ Se phlsvl. § 1-4, jf. forskrift 1. desember 2000 nr. 1219.

tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon følger det derimot av § 3 tredje ledd i.f. at det ved vurderingen av tiltaket skal *tas hensyn til pasientens pårørende og deres situasjon*, i tillegg til hensynet til pasientens beste. For den hjemmeboende familien vil det å leve sammen med den som er syk, kunne være en stor belastning alt etter hvor alvorlig pasientens tilstand er. Etter departementets vurdering vil etablering av tvungent vern mens pasienten bor hjemme hos pårørende vanskelig kunne tenkes dersom de pårørende motsetter seg dette.⁹⁰

I den nevnte forskriften § 6 har den ansvarlige institusjon plikt til å søke og etablere et samarbeid med pasientens pårørende ved etablering av tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon. Forutsetningen er imidlertid at pasienten samtykker til dette. Dersom pasienten ikke samtykker til et slikt samarbeid, men skal bo sammen med pårørende, vil det etter departementets vurdering heller ikke i disse tilfeller være forsvarlig å etablere tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon.⁹¹

Ved spørsmål om overføring etter phlsvl. §§ 4-10 og 5-4, fremgår det ikke uttrykkelig av bestemmelsene hvorvidt hensynet til de pårørendes situasjon også her skal tas i betraktning før vedtak om tvangsvern utenfor institusjon fattes. Den ovennevnte forskriften og dennes § 3 tredje ledd i.f. er gitt med hjemmel i phlsvl. § 3-13 og kan således kun anvendes direkte i forhold til lovens kapittel 3. Phlsvl. § 3-1 er imidlertid også gjort gjeldende for idømt tvangsvern så langt den passer, jf. § 5-1 første ledd. Dette betyr at helsetjenesten i henhold til forskriftsbestemmelsen også er forpliktet til å ta hensyn til de pårørendes interesser ved spørsmål om overføring etter § 5-4 når tiltaket gjelder tvungent vern utenfor institusjon og domfelte skal bo sammen med pårørende.

På bakgrunn av det ovennevnte tilsier forvaltningsrettslige likebehandlingsprinsipper at helsetjenesten på samme måte er forpliktet til å ta hensyn til pårørende før et eventuelt vedtak om overføring blir fattet etter § 4-10. Hensynene som forskriftsbestemmelsen bygger på vil for pårørendes vedkommende kunne gjøre seg like sterkt gjeldende i en overføringssituasjon som i en etableringssituasjon. Vurderingen må således sikre hensynet til pårørende tilsvarende i de to vedtakssituasjonene når tiltaket vil gå ut på det samme.

⁹⁰ Jf. forskriftens forarbeider.

5.3 Rett til uttalelse

Etter phlsvl. § 3-12 i.f. har pasientens nærmeste rett til å uttale seg før det fattes vedtak etter lovens kapittel 3. Den nærmeste vil i dette henseende som hovedregel være den som pasienten selv utpeker, jf. phlsvl. § 1-3 andre ledd. Dette betyr at det kan forekomme situasjoner hvor den av de pårørende som utøver uttaleretten er en annen enn den som har begjært tvangstiltak etter phlsvl. §§ 3-5, 3-6 eller 3-7. I de tilfeller hvor det ikke er klart hvem som er pasientens nærmeste med hensyn til begjæringskompetansen, og de pårørende er uenige om hvorvidt begjæring om tvangstiltak skal fremmes, vil uttaleretten gi den andre anledning til å nyansere tvangsvedtakets beslutningsgrunnlag. Den ansvarlige institusjon må således forsøke å oppnå kontakt med den pasienten utpeker som sin nærmeste slik at denne gis mulighet til å uttale seg. Mer praktisk er imidlertid at den nærmestes uttalerett som oftest vil være knyttet til situasjoner der begjæring om tvangstiltak fremsettes av det offentlige, ettersom primæransvaret for slike begjæringer er lagt til ulike offentlige organer.

I lovteksten er det presisert at uttaleretten blant annet gjelder spørsmålet om etablering av tvungent psykisk helsevern samt hvilken institusjon som skal ha ansvaret for det tvungne vernet, jf. § 3-12 andre punktum. Den nærmeste vil i denne sammenheng kunne ha grunnlag for å uttale seg ut fra sitt kjennskap til pasienten. Helsepersonellets kontakt med den nærmeste må skje innenfor taushetspliktens rammer, jf. hlspl. kapittel 5. Dersom varsling av den nærmeste ikke er praktisk mulig eller vil medføre fare for at vedtaket ikke kan gjennomføres, vil varsling kunne utelates, jf. fvl. § 16 tredje ledd bokstav a.⁹²

Uttaleretten i phlsvl. § 3-12 er ikke gitt anvendelse i forhold til overføringsvedtak etter § 5-4, jf. § 5-1. Med hensyn til overføringsvedtak etter § 4-10, er forholdet ikke regulert. Helsetjenesten er imidlertid i begge tilfeller forpliktet til å ta hensyn til de pårørendes situasjon før et eventuelt overføringsvedtak fattes. Pårørende vil således i denne sammenhengen gis mulighet til å uttale seg.

⁹¹ l.c.

5.4 Rett til meddelelse

Helsetjenesten har etter enkelte bestemmelser i psykisk helsevernloven og i de tilhørende forskriftene en plikt til å meddele den nærmeste om nærmere bestemte vedtak og begrunnelsen for slike. Den nærmeste vil derfor ha en tilsvarende rett til å motta slik underretning.

Meddelelsesretten fremtrer etter gjeldende regler enten som absolutt eller betinget. Med absolutt meddelelsesrett menes helsetjenestens *plikt* til underrette den nærmeste om vedtaket uavhengig av om pasienten samtykker til det eller ikke. Det vises her til phlsvl. § 2-1 andre ledd i.f. ved vedtak om samtykkeevne i forbindelse med opprettelse av frivillig psykisk helsevern og etableringsforskriften § 9 fjerde og femte ledd ved vedtak om overføringer etter phlsvl. §§ 4-10 og 5-4.

Ved betinget meddelelsesrett har den nærmeste kun rett til underretning dersom pasienten ikke motsetter seg dette. Dette gjelder vedtak om behandling uten samtykke, jf. forskrift 24. november 2000 nr. 1172 om undersøkelse og behandling uten eget samtykke § 6 fjerde ledd, og vedtak om bruk av tvangsmidler, jf. forskrift 24. november 2000 nr. 1173 om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet § 6 tredje ledd.

I underretningen har helsetjenesten plikt til å informere den nærmeste om dennes rettigheter, herunder adgangen til å klage til kontrollkommisjonen og bistand til dette, om rett til advokat eller annen fullmektig, om adgangen til å kreve dokumentinnsyn mv., jf. etableringsforskriften § 11, jf. også den alminnelige veiledningsplikten etter fvl. § 11.

5.5 Rett til å foreta andre begjæringer

5.5.1 Begjæring om opphør av tvungent psykisk helsevern

Den nærmeste kan etter phlsvl § 3-9 tredje ledd når som helst begjære at tvungent vern etter § 3-1 opphører. Dette gjelder imidlertid ikke dersom pasienten har samtykket til å

⁹² Ot.prp. nr 11(1998-99) s. 95.

være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern, jf. § 2-2. Den faglig ansvarlige fatter vedtak om opphør eller opprettholdelse.

Som det fremgår av bestemmelsens ordlyd, regulerer § 3-9 tredje ledd ikke vedtak om opphør av videre undersøkelse (observasjon) begjært etter § 3-6, og den nærmeste kan således ikke begjære tvangstiltaket opphørt. Tiltaket kan imidlertid opphøre som følge av kontrollkomisjonens vedtak etter klage, jf. § 6-4, jf. § 3-8 syvende ledd, eller dom for opphør ved prøving av kontrollkomisjonens vedtak, jf. § 7-1, jf. tvistemålsloven kapittel 33. Den nærmeste har etter psykisk helsevernloven både klage- og søksmålsrett, se nærmere punkt 5.6 nedenfor.

5.5.2 Begjæring om endring i gjennomføringen av idømt tvungent psykisk helsevern

I phlsvl. § 5-5 kan klageberettigede begjære endringer i gjennomføringen av det tvangsvernet som faktisk foreligger. Den nærmeste er klageberettiget etter § 5-4 første ledd i.f. De endringer som kan begjæres er begrenset til de større behandlingsmessige avgjørelsene som er nevnt i § 5-4. Dette gjelder overføring mellom institusjoner, og overføring til og fra et friere vern uten døgnopphold i institusjon. Andre og mindre inngripende avgjørelser og beslutninger er i utgangspunktet helt tillagt den faglig ansvarlige. Begjæringsadgangen medfører at den faglig ansvarlige fatter enkeltvedtak som igjen kan påklages til kontrollkomisjonen, jf. § 5-5. Klage kan kun fremsettes med et intervall på seks måneder dersom det gis avslag på begjæringer etter § 5-4, og klagen ikke bygger på nye faktiske omstendigheter, jf. § 5-5 i.f.

5.6 Klagerett og søksmålsrett

5.6.1 Klage til kontrollkomisjonen og fylkesmannen

Den nærmeste er etter psykisk helsevernloven gitt samme klageadgang som pasienten selv. Den nærmeste har etter dette en selvstendig rett til å klage på vegne av pasienten for å ivareta dennes tarv. Klageretten knytter seg til vedtak fattet i forbindelse med etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern, jf. phlsvl. § 2-2 femte ledd og ulike bestemmelser i kapitlene 3, 4 og 5.

Den viktigste klageinstansen etter psykisk helsevernloven er kontrollkommisjonen. Kommisjonen er et domstolslignende forvaltningsorgan med et hovedansvar for kontroll og etterprøving av vedtak og beslutninger fattet innen det psykiske helsevernet, jf. phlsvl. § 6-1. Kontrollkommisjonen er uavhengig i sin virksomhet, jf. § 6-3. Nærmere regler om saksbehandlingen av klagesaker fremgår av § 6-4 og forskrift 21. desember 2000 nr. 1408 om kontrollkommisjonens virksomhet.

Fylkesmannen er klageinstans etter vedtak om tvungen undersøkelse, jf. § 3-5 andre ledd, og vedtak om behandling uten eget samtykke, jf. § 4-4 syvende ledd.

Den nærmeste har ved alle henvendelser i en klagesak rett til å la seg bistå av en fullmektig, jf. phlsvl. § 1-7 første og annet ledd.

5.6.2 Rett til å reise sak for domstolene

Den nærmeste vil i medhold av phlsvl. § 7-1 kunne bringe kontrollkommisjonens klagevedtak etter §§ 3-8 og 3-9 om videre undersøkelse, etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern inn for retten til ytterligere overprøving. Det samme gjelder kommisjonens vedtak etter §§ 4-10 og 5-4 om overføring til døgnopphold i institusjon.

6 Rettspolitiske drøftelser

6.1 Innledning

I den helsepolitiske debatten, og i de sentrale helserettslige lovene, er pasientens stilling det dominerende perspektivet. Dette er både naturlig og klart ut fra helsetjenestens eksistens og formål. Pasienten er hovedpersonen. Men som det fremgår av den tidligere legelovens forarbeider, er ”*pasienten [...] ikke et enkeltindivid som lever sitt isolerte liv, han er et sosialt vesen med foreldre, søsken, ektefelle, barn, naboer, slekt, yrke, stilling, arbeidskontakter m.v.*”⁹³ Nesten alltid er det nær familie som er med-lidende i sykdommen.

I hvilken grad den offentlige helsetjenesten også bør ha et rettslig forpliktende ansvar overfor de pårørende, er hovedtemaet for drøftelsene i dette kapitlet. Spørsmålet er om det foreligger et behov for å lovfeste nye og flere rettigheter for pårørende til pasienter som mottar tilbud fra det psykiske helsevernet.

I det følgende skal det i punkt 6.2 først redegjøres for enkelte rettsdogmatiske hovedkonklusjoner samt nye politiske signaler av betydning for de pårørendes rettsstilling i psykiatrien. I punkt 6.3 behandles behovet for og de legislative hensynene bak mulige endringsforslag. De konkrete endringsforslagene fremgår av punkt 6.4. Til sist knyttes enkelte kommentarer til fordelene og ulempene ved rettsliggjøring i punkt 6.5.

⁹³ Ot.prp. nr. 1 (1979-80) s. 10.

6.2 Rettslige og politiske utgangspunkter for den rettspolitiske vurderingen

6.2.1 Hovedkonklusjoner om pårørendes rettsstilling i psykiatrien slik den kan utledes av gjeldende rett

Pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven ble begge vedtatt i kjølevannet av en økt pasientfokusering og fremvekst av pasientrettigheter på slutten av det forrige århundret. Lovene var resultat av det helserettslige reformarbeidet som pågikk utover 1990-årene, og innebar i vesentlighet en styrking av pasientens rettsstilling i møtet med helsetjenesten. Dette hadde videre konsekvenser for utformingen av de pårørendes rettigheter. Som et eksempel kan nevnes reglene om pårørendes rett til informasjon. Under iakttagelse av hovedregelen om taushetsplikt, berodde adgangen til å gi sensitive opplysninger til pårørende etter den tidligere legeloven § 26 i all hovedsak på legens faglige og etiske skjønn samt gjeldende standard for god legeskikk. I pasl. § 3-3 første ledd stilles det vilkår om pasientens samtykke, eller formodede vilje dersom et slikt samtykke av ulike grunner ikke kan innhentes. Pårørendes rett til informasjon om pasientens helsetilstand og behandlingsopplegg ble dermed betraktelig innsnevret som følge av de nye lovendringene. Et annet eksempel er utvidelsen av pasientens autonomi med hensyn til valg av pårørende og den nærmeste pårørende, jf. pasl. § 1-3 bokstav b og phlsvl. § 1-3 annet ledd.

Pårørendes rettsstilling etter gjeldende rett bærer således tydelig preg av å være utformet på bakgrunn av et pasientperspektiv. Både i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven er pårørendes rettigheter overfor helsevesenet i stor grad knyttet til pasientens interesser og ivaretagelsen av dennes tarv. Med unntak av helsetjenestens plikt til å ta hensyn til pårørende ved spørsmål om iverksettelse av tvangsvern uten døgnopphold, er pårørende etter pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven i svært liten grad betraktet ut fra egen situasjon. De to lovene oppstiller følgelig få materielle rettigheter, eller andre rettsregler, som tjener til å ivareta de pårørendes tarv uavhengig av pasienten.

Pårørendes rettsstilling innen psykisk helsevern slik den kan utledes av gjeldende rett, er etter dette svak med hensyn til materielle rettigheter begrunnet ut fra et pårørendeperspektiv.

6.2.2 Nye politiske signaler

6.2.2.1 Høringsnotat om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven

Helse- og omsorgsdepartementet fremla den 13. juni 2005 et høringsnotat med forslag til endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven. Høringsnotatet inneholder tre endringsforslag av betydning for de pårørendes rettsstilling.

For det første foreslår departementet at pasientrettighetslovens legaldefinisjon av pasientens pårørende og nærmeste pårørende gis tilsvarende anvendelse for psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Forslaget har til hensikt å forhindre situasjoner hvor nærmeste pårørende vil kunne være flere personer som følge av de ulike reguleringene i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven. Psykisk helsevernlovens legaldefinisjon av pårørende og den nærmeste er dermed foreslått opphevet. Pasientens valgfrihet vil med dette bli ytterligere utvidet, noe som vil kunne innebære en svekkelse av rettsstillingen til nære pårørende familiemedlemmer gjennom forrangsbestemmelsen for familiemedlemmer i psykisk helsevernloven, jf. § 1-3 første ledd. Hovedregelen om pasientens valgfrihet etter pasl. § 1-3 bokstav b reiser videre tolkningstvil med hensyn til valgfrihetens grenser, se punkt 3.2.1.

For det andre foreslår departementet å oppheve det absolutte kravet om begjæring i forbindelse med undersøkelse og etablering av tvungent psykisk helsevern. Begjæringsordningen har ifølge departementet ikke lenger den rettssikkerhetsmessige begrunnelsen som tilsier at ordningen bør beholdes. Istedenfor er det foreslått å presisere en varslings- og bistandsplikt for offentlig myndighet, som videre vil kunne fremme begjæring om tvungen undersøkelse, observasjon eller tvungent psykisk helsevern dersom dette er nødvendig, se lovutkastet § 3-4. Pasientens nærmeste pårørende vil således ikke lenger ha begjæringskompetanse med hensyn til tvangstiltak etter psykisk helsevernloven.

For det tredje foreslår departementet å presisere hensynet til pasientens pårørende i ordlyden i phlsvl. § 3-1 annet ledd ved vurderingen av om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold skal iverksettes, se lovutkastet § 3-3 fjerde ledd. Ifølge gjeldende rett fremgår helsetjenestens plikt til å ta slikt hensyn av etableringsforskriften, jf. § 3 tredje

ledd. En presisering i lovteksten representerer dermed en styrking av pårørendeperspektivet i helse retten. Departementet tar imidlertid ikke stilling til om helsetjenesten også skal være forpliktet til å ta tilbørlig hensyn til pårørende før vedtak om overføring fattes etter §§ 4-10 og 4-11 i lovutkastet. Rettstilstanden forblir således uklar med hensyn til overføringstilfellene, se punkt 5.2.2.3.

Utover det som her er nevnt, anser departementet at forholdet til pårørende er tilfredsstillende regulert i pasientrettighetsloven. De utfordringer det psykiske helsevernet står overfor når det gjelder ivaretagelse av pårørende og pårørendes interesser, vil etter departementets vurdering best løses gjennom andre virkemidler enn rettslige.

6.2.2.2 NOU 2004: 18 og NOU 2005: 3

Med hensyn til en horisontal og vertikal samordning av tjenestetilbudene og tjenestenivåene innen helse- og sosialsektoren, er det utarbeidet nye endringsforslag. Disse fremgår av NOU 2004: 18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene* om samordning av de kommunale tjenestetilbudene, og NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt* om samhandling mellom førstelinjetjenesten (primærhelsetjenesten) og andrelinjetjenesten (spesialisthelsetjenesten).

Begge utredningene er utelukkende foretatt på bakgrunn av et pasient-/tjenestemottakerperspektiv. I den grad forholdet til pårørende er berørt, er dette knyttet til ivaretagelsen av pasientens/tjenestemottakerens interesser og behov. Pårørendes egen situasjon er i svært liten grad omtalt. Dette tydeliggjøres blant annet i NOU 2004: 18 hvor det er foreslått en legaldefinisjon av tjenestemottakerens nærmeste pårørende, se lovutkastet § 1-3 bokstav c. Definisjonen er i hovedsak sammenfallende med pasl. § 1-3, men slik at det bare er nærmeste pårørende som defineres og ikke pårørende generelt. Ifølge utvalget vil det å være pårørende i seg selv ikke ha noen rettslig betydning etter den foreslåtte sosial- og helsetjenesteloven.

De fremlagte endringsforslagene medfører således ingen endring av betydning for de pårørendes rettsstilling innen psykisk helsevern med hensyn til materielle rettigheter begrunnet ut fra et pårørendeperspektiv.

6.3 Er det behov for flere rettsregler som tjener til å ivareta de pårørendes interesser?

Utviklingen i det psykiske helsevernet med nedbygging av store institusjoner og større vekt på poliklinisk behandling i pasientens hjemmemiljø har ført til et økt omsorgsansvar for familiene til personer som lider av alvorlige psykiske lidelser.⁹⁴ Familiens rolle har skiftet fra å være besøkende på en langtidsinstitusjon, til å være hovedansvarlige for personer med langvarige psykotiske tilstander.⁹⁵ Endringene i det psykiatriske helsetilbudet har således ikke bare hatt konsekvenser for pasientene, men også for pasientenes pårørende.

I nyere medisinsk forskning er de pårørende i økende grad blitt anerkjent som selvstendige personer med egne behov.⁹⁶ Det må i denne sammenheng påpekes at det ikke kan gis noe eksplisitt svar på hva de pårørendes behov består i. Det er heller ikke målet her. Pårørende til pasienter innen psykisk helsevern er en sammensatt gruppe på lik linje med pasientgruppen selv. Hvilken relasjon den enkelte pårørende har til den psykisk syke, og hvilke belastninger vedkommende møter over tid, er faktorer som bidrar til å skape ulike sett med erfaringer, og dermed også forskjeller i behov. Likevel er det et gjennomgående inntrykk at pårørendes behov, ved siden av et ønske om å forstå og hjelpe til i sykdomsprosessen, blant annet dreier seg om å bli ”sett” og ”hørt” av helsepersonell, og å få informasjon, råd og veiledning om hvordan mestre rollen som pårørende og dagliglivet med en psykiatrisk pasient.⁹⁷

Mange pårørende gir imidlertid uttrykk for at deres egne behov faktisk ikke blir ivaretatt av helsevesenet. Særlig utbredt er følelsen av å ikke bli ”sett”.⁹⁸ Å ikke bli tatt på alvor av helsevesenet samt opplevelsen av likegyldighet, manglende forståelse og liten sensitivitet hos helsepersonell er de dominerende erfaringene hos ulike pårørendegrupper.⁹⁹ Videre har flere pårørende gitt uttrykk for at de opplever et stort

⁹⁴ Smeby: *Merbelastning på familien i psykiatrien*. I: Hummelvoll og Lindström (red.): *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*, 1996, s. 164.

⁹⁵ l.c.

⁹⁶ Se bl.a. Smeby: *Samarbeid med familien i psykiatrien*. I: Kirkevold og Ekern (red.): *Familien i sykepleiefaget*, Oslo, 2001.

⁹⁷ Sverdrup, Kristoffersen og Myrvold (heretter Sverdrup m.fl.): *Brukermedvirkning og psykisk helse*, Norsk institutt for by- og regionforskning, NIBR-rapport 2005:6, Oslo, s. 15.

⁹⁸ ibid s. 131.

⁹⁹ Se bl.a. Kristoffersen: *Pårørende og søsken i psykisk helsevern*, Bergen, 1998; Engmark,

savn med hensyn til informasjon om prognose, behandlingsopplegg og liknende spørsmål, selv når pasienten samtykker til at slik informasjon blir gitt.¹⁰⁰ Også den generelle informasjonen om psykisk helsevern, det daglige liv og rutiner og de følelsesmessige aspektene ved det å være pårørende, er ifølge de pårørendes beretninger svært mangelfull.¹⁰¹

Det kan tenkes flere mulige årsaker til at pårørende i liten grad blir ivaretatt av helsevesenet. Mangel på ressurser med hensyn til bemanning, kompetanse og finansiering samt manglende rutiner i behandlingsapparatet vil kunne være en del av forklaringen. Videre vil fordomsfull forforståelse hos helsepersonell om at familien er eneste årsak til pasientens psykiske lidelse, kunne være en medvirkende faktor til at pårørende i begrenset utstrekning inkluderes i behandlingsprosessen.

I denne sammenhengen er det etter mitt syn nødvendig å vektlegge betydningen av den rettslige reguleringen – eller fraværet av rettslig regulering – av de pårørendes situasjon. Som de rettsdogmatiske konklusjonene i punkt 6.2.1 viser, har pårørende få materielle rettigheter overfor helsetjenesten som tjener til å ivareta deres egne behov og interesser. Helsetjenesten har som følge av dette et svært begrenset rettslig forpliktende ansvar overfor pårørende, som dermed lett vil kunne avvises på bakgrunn av budsjettmessige prioriteringer. Dersom en pårørende selv skulle bli hjelpetrequende, vil vedkommende måtte søke hjelp som bruker – og ikke som pårørende.¹⁰² Slik faller pårørendegruppen utenfor det psykiatriske behandlingssystemet, selv om systemet på mange måter er avhengig av dem. Den rettslige reguleringen vil således ha betydning for hvilke tiltak som iverksettes.

Som det fremgår av de nye politiske signalene, se punkt 6.2.2, er forholdet til pårørende delvis utelatt i de rettspolitiske vurderingene, og delvis ansett for å være tilfredsstillende regulert i gjeldende helselovgivning. I det følgende skal jeg imidlertid presentere tre

Alfstadsæther og Holte (heretter Engmark m.fl.): *Diagnose schizofreni: Foreldres erfaring*, Universitetet i Oslo, prosjektrapport, 2003; Rådet for psykisk helse: *Pårørende til psykisk syke*, informasjonshefte, Oslo, 2003; og Kandidat nr. 13 (navn på forfatter ukjent): *”Åpenhet og helhet”? Erfaringar med å leve med ein ektefelle/partner med manisk depressiv lidning. Pårørande si oppleving av deira behov i møte med psykiatri/hjelpapparatet, samt erfaringar frå samarbeid med hjelepapparatet*, Høgskulen i Molde, 2004.

¹⁰⁰ Sverdrup m.fl. op. cit. s. 127.

¹⁰¹ Kristoffersen op. cit. s. 140.

¹⁰² Sverdrup m.fl. op. cit. s. 131.

hovedhensyn som tilsier at de pårørendes rettsstilling innen psykisk helsevern bør styrkes.

6.3.1 Ressurshensynet

Familien har over lengre tid blitt betraktet som en viktig del av årsaken til pasientens psykiske lidelse. I nyere forskning slås det imidlertid fast at familien i seg selv ikke kan være eneste årsak til sykdomsutviklingen.¹⁰³ Tvert imot underbygger forskningen at familiene som oftest er en *omsorgsressurs* både emosjonelt og praktisk for pasienten.¹⁰⁴ Eksempelvis vil pårørende ofte være en viktig del av pasientens sosiale nettverk. Familiene påtar seg også ofte å hevde pasientens interesser overfor helsetjenesten, og bidrar med andre og varierte oppgaver som rengjøring av hjem, klesvask, økonomisk støtte osv. Pårørendes erfaringer vil videre kunne være en kilde til å forstå mer av pasientens lidelse.

Det skal imidlertid påpekes at pårørende som omsorgsressurs ikke er ensbetydende med at familiemedlemmer aldri kan ha en negativ innflytelse på pasientens helse. Når familier er i en situasjon som overskrider deres kunnskap og mestringsevne, opplever de ofte stress og konflikter.¹⁰⁵ Som en måte å takle sine egne og pasientens følelser på, vil familien kunne utvikle uhensiktsmessige samværsmønstre som kan innvirke på pasientens psykososiale fungering og tilbakefall ved psykose.¹⁰⁶ Videre vil en manglende forståelse av de indre sykdomsprosessene og pasientens adferd, kunne føre til at pårørende blir mer kritiske og kontrollerende overfor pasienten.¹⁰⁷ Slike negative uttrykk blir i forskningen betegnet som en form for feilplassert engasjement.¹⁰⁸

Det som er beskrevet ovenfor illustrerer således viktigheten av kunnskapsformidling og veiledning av pårørende ettersom disse i stor grad utgjør pasientens miljø. Ved å informere systematisk om symptomene ved psykiske lidelser og selve lidelsesbildet, vil kritikk, mas og kontroll fra pårørende kunne reduseres.¹⁰⁹ I tillegg vil negative

¹⁰³ Smeby op. cit. s. 1.

¹⁰⁴ ibid s. 2.

¹⁰⁵ ibid s. 3.

¹⁰⁶ ibid s. 2.

¹⁰⁷ ibid s. 5.

¹⁰⁸ Nilsen og Kjønneøy 2004 op.cit. s. 35.

¹⁰⁹ Smeby op. cit. s. 5.

samspillmønstre kunne hjelpes til forandring gjennom såkalt familiearbeid og familiebehandling.¹¹⁰

Slike *psykoedukative* tilnæringer til familien som innebærer å gi informasjon om lidelsen og å trene på kommunikasjon og problemløsning,¹¹¹ har vist seg å føre til færre tilbakefall og bedre fungering for pasientene, mindre belastning for familiene og mer positive relasjoner mellom pasient, familie og hjelpeapparat.¹¹² Et godt samarbeid med de pårørende vil således kunne fremme et positivt behandlingsresultat samtidig som familiens egne behov i større utstrekning blir ivaretatt.

Et slikt pårørendesamarbeid vil videre være i tråd med de grunnleggende verdier som helsetjenesten bygger på. Sentralt i denne sammenhengen er prinsippet om brukermedvirkning. I en rekke helsepolitiske dokumenter, og i de sentrale helserettslige lovene, er det forutsatt at brukermedvirkningsperspektivet også inkluderer medvirkning fra de pårørende. I Verdimeldingen ble det blant annet uttalt at ”*helsetjenesten må ha omfattende plikter til informasjon og opplæring av pasienter og pårørende*”.¹¹³ Prinsippet om brukermedvirkning er et uttrykk for den myndiggjøringstankegangen (”empowermentstrategien”) som ble fremhevet i NOU 1998: 18 *Det er bruk for alle* om styrking av folkehelsearbeidet i kommunene.

Pasientens rett til konfidensialitet vil imidlertid kunne utgjøre et hinder for et effektivt samarbeid mellom helsepersonell og pårørende. Prinsippet om taushet er en grunnleggende garantist for pasientens rettssikkerhet. Ved konfidensialitetsproblemer bør således hensynet til pårørendes informasjonsbehov fremdeles vike for pasientens krav om taushet.

Ifølge undersøkelser om *praktiseringen* av taushetspliktreglene, er samarbeid med pasientens familie oftere vanskeligjort som følge av misforståelser og misbruk av

¹¹⁰ Ibid. s. 4-5.

¹¹¹ Paulsen: *Familie og psykiatri*. I: Embla: *Fagtidsskrift for barnevernspedagoger*, årg. 7, 2002, nr. 6, s. 7.

¹¹² Smeby op. cit. s. 15-16. Se nærmere Solberg: *Psykoedukativ tilnærming: På hvilken måte kan det hjelpe pårørende som har et familiemedlem med en psykisk lidelse?*, Oslo, 1999.

¹¹³ St.meld. nr. 26 (1999-2000) s. 24.

taushetsplikten heller enn av selve taushetsplikten.¹¹⁴ I mange tilfeller blir informasjon til pårørende avvist med henvisning til taushetsplikten, selv uten at det er gjort noe forsøk på å innhente et informert samtykke fra pasienten. I andre sammenhenger blir pårørende møtt med en mur av taushet om *alle* forhold også når det gjelder ikke-taushetsbelagte opplysninger slik som grunnleggende informasjon om psykiske lidelser, generell prognose og vanlig behandling. Et rettslig forpliktende pårørendesamarbeid vil således kunne gi helsetjenesten en større oppfordring til å skille mellom konfidensiell og ikke-konfidensiell informasjon.

En drøftelse av de pårørendes rolle og betydning i et ressursperspektiv må imidlertid ytterligere nyanseres i forhold til pårørende som er til skade for den psykisk syke.¹¹⁵ Familier kan i enkelte tilfeller skjule volds- og overgrepssituasjoner som er en vesentlig påvirkning til pasientens psykiske lidelse, og som pasienten skal skjermes mot. I slike tilfeller er det viktig at hjelpeapparatet støtter og bekrefter pasientens rett til å velge hvem som er vedkommendes pårørende eller nærmeste pårørende.

6.3.2 Forebyggingshensynet

Et annet perspektiv er å betrakte de pårørende i et forebyggingsperspektiv. Opplevelsen av at et familiemedlem utvikler en psykisk lidelse, representerer en traumatisk krise for mange familier.¹¹⁶ Den psykiske lidelsen stiller de pårørende overfor store utfordringer med hensyn til å forstå, bearbeide og mestre erfaringer.¹¹⁷ De pårørende skal ikke bare takle pasientens adferd, men også forsøke å mestre egne følelser og reaksjoner. For mange vil følelsen av å ha "mistet" et nært familiemedlem gi utslag i en dyp og vedvarende sorg.¹¹⁸ Ved alvorlige psykiske lidelser vil situasjonen ofte kunne innebære flere påfølgende kriser. Diagnoseformidling, tilbakefall, re-innleggelser av dramatisk karakter og suicidforsøk er eksempler på kriser som pårørende kan oppleve utover selve

¹¹⁴ Engmark m.fl. op. cit. s. 57. Se også Sosial- og helsedepartementet: *Er taushet gull? Rapport fra et arbeid om taushetsplikt*, 1995.

¹¹⁵ Se Aftenpostens kronikk 8. november 2005 skrevet av psykolog Eystein Victor Våpenstad: *Hva er galt i psykisk helsevern?*

¹¹⁶ Engmark m.fl. op. cit. s. 63.

¹¹⁷ I.c.

¹¹⁸ Smeby op. cit. s. 6-7.

sykdomsutbruddet.¹¹⁹ En slik kriseakkumulering vil for mange kunne vanskeliggjøre mestringen av situasjonen.

Mange pårørende opplever videre at deres hverdag i stor grad blir preget av sykdommen, og at de må ta et omfattende ansvar for den psykisk syke.¹²⁰ Svært mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser lever sammen med sin familie. Også uavhengig av bosituasjon vil familien være sterkt involvert i pasientens liv.¹²¹ Undersøkelser som er foretatt om familiens situasjon, viser at den emosjonelle, sosiale og økonomiske belastningen ved å leve tett på og ha omsorg for en person med en alvorlig psykisk lidelse, gir forhøyet risiko for at også andre familiemedlemmer opplever negative effekter på sin psykiske og fysiske helse.¹²² Familien får et høyt stressnivå, og over tid vil dette kunne være nedbrytende. Angst, søvnvansker, utbrenthet, depressive symptomer, alkoholisme, høyt blodtrykk og hjerteproblemer er eksempler på helseproblemer som relativt ofte forekommer hos pårørende.¹²³

Forebyggingshensynet har således både en helsemessig og en samfunnsøkonomisk side. Å gi de pårørende emosjonell støtte og mulighet til å få fortalt sin historie, vil kunne være avgjørende for bearbeiding og mestring av situasjonen.¹²⁴ Videre vil konsekvensen av vedvarende helseproblemer kunne føre til langtidssykemeldinger, økte behandlingskostnader og økte trygdeutgifter. Det vil dermed være viktig å ivareta og støtte pårørende for å forebygge og motvirke psykiske og fysiske konsekvenser av å leve i en svært belastende livssituasjon.¹²⁵ Tiltak om hjelp og avlastning vil således kunne heve de pårørendes livskvalitet samt redusere omfanget av helseproblemer og de individuelle kostnader.

En utbygging av tjenestetilbudene vil på en annen side kunne øke etterspørselen etter kvalifisert personell i helse- og omsorgssektoren. Dette vil igjen representere nye årsverk samt stille krav til ytterligere utdanningstiltak. Det reelle personellbehovet må imidlertid ses i forhold til behandlingsapparatets produktivitet og ressursutnyttelse.

¹¹⁹ Engmark m.fl. op. cit. s. 63.

¹²⁰ Sverdrup m.fl. op. cit. s. 15.

¹²¹ Berg: *Blåmann. Ung psykisk lidelse – familiens smerte*, Oslo, 2002, s. 170.

¹²² *ibid* s. 171.

¹²³ *l.c.*

¹²⁴ Engmark m.fl. op. cit. s. 69.

Endrede rutiner vil i denne sammenheng kunne tenkes å kunne kompensere for personellbehov til en viss grad. De totale samfunnsøkonomiske kostnadene antas således å være lavere ved forebyggende tiltak i forhold til de pårørende.

Hjelp til pårørende kan på bakgrunn av det ovennevnte ses på som en viktig del av det forebyggende helsearbeidet. I St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken* blir det blant annet påpekt at de ”mulighetene helsetjenesten har for å hente gevinst ut av det forebyggende arbeid, er så langt ikke utnyttet godt nok. På mange områder kan det forebygges mer for å reparere mindre.” I Verdimeldingen blir videre den enkeltes rett til en høyest oppnåelig helsestandard både fysisk og psykisk særlig fremhevet på bakgrunn av sentrale menneskerettskonvensjoner som den norske staten er forpliktet etter.¹²⁶

Verken pasienten eller behandlingsapparatet vil tjene på at de pårørende utsettes for overbelastning, og følgelig mister sin kapasitet til å være en omsorgsressurs. Et ensidig fokus på pasienten vil således være en altfor snever tilnærming dersom målet er et helhetlig psykisk helsevern.¹²⁷ En rettsutvikling med hensyn til de pårørendes rettsstilling vil i denne sammenhengen kunne være et viktig bidrag for å forhindre en slik snever tilnærming.

6.3.3 Likhets hensynet

Det skal her påpekes at det flere steder i Norge gjøres et godt og viktig arbeid for pårørende. Imidlertid er pårørendes møte med det psykiatriske behandlingsapparatet fremdeles preget av tilfeldigheter. Ofte er dette avhengig av hvem man møter, hvor i landet man bor, eller hvilken institusjon det gjelder.¹²⁸ Med en felles standard og felles rutiner innen det psykiske helsevernet, vil tilbud om hjelp og støtte kunne være tilgjengelige for alle pårørende på lik linje. En slik standard vil for eksempel kunne inneholde krav om at pasientens familie skal ha informasjon, så langt taushetsplikten ikke er til hinder for det, og samtale første gangen vedkommende blir syk. Tilbudet vil

¹²⁵ *ibid* s. 67.

¹²⁶ St.meld. nr. 26 (1999-2000) s. 23.

¹²⁷ *Ibid* s. 67-68.

¹²⁸ Nina Aarhus Smeby sitert i Rådet for psykiske helse: *Pårørende til psykisk helse*, informasjonshefte, Oslo, 2003, s. 10.

videre kunne gjentas ved tilbakefall, og det kan gis mer regelmessig oppfølging ved langvarige sykdommer.¹²⁹

Geografisk tilknytning eller mangel på ressurser bør ikke være avgjørende for hvilken holdning de pårørende blir møtt med eller hvilke tilbud de pårørende mottar. Rettslig regulering vil i denne sammenheng kunne være et viktig bidrag til oppnåelsen av en nasjonal standard. De pårørendes behov vil som tidligere påpekt avhenge av den totale livssituasjon, individuelle forskjeller, relasjon til den psykisk syke og belastningenes varighet og alvorlighet. Behovet for hjelp og støtte vil således kunne variere fra pårørende til pårørende. Tilbudene bør imidlertid være tilgjengelige for alle som har behov for dem.¹³⁰ Et slikt likhetsprinsipp vil være i tråd med de rettferdighetsbetraktninger som ligger til grunn for helsetjenestens overordnede mål om å sikre alle borgere i landet likeverdige tjenestetilbud.¹³¹

6.4 Forslag til nye materielle rettigheter for pårørende med korresponderende plikter for helsetjenesten og andre offentlige organer

I det følgende oppstilles 11 konkrete endringsforslag med hensyn til pårørendes rettsstilling innen psykisk helsevern. Endringsforslagene er i hovedsak hentet fra *Tiltaksplan for økt støtte til og samarbeid med pårørende og andre nærpersoner til mennesker med psykiske lidelser*,¹³² utarbeidet av Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri med samarbeidspartnere, på oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet. Jeg har i denne forbindelse foretatt et utvalg av de tiltakene som foreslås i Tiltaksplanen ettersom noen tiltak i større grad enn andre vil kunne være egnet for rettsliggjøring. De enkelte tiltakene er utformet med et rettighetssubjekt og pliktsubjekt. Ordlyden i endringsforslagene er en fri gjengivelse av Tiltaksplanen, med enkelte presiseringer og utfyllinger fra min side.

- i) Rett til en fast kontaktperson i behandlingsapparatet som de pårørende kan forholde seg til. De pårørendes kontaktperson bør være en annen en pasientens terapeut for å unngå konfidensialitets- og tillitsproblemer. Helsetjenesten får en

¹²⁹ l.c.

¹³⁰ LPP op. cit. s. 11.

¹³¹ St.meld. nr. 26 (1999-2000) s. 23.

korresponderende plikt til å opprette egne stillinger for familiekonsulenter som skal fungere som koordinator for familiens kontakt med både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

- ii) Rett til samtale med vedkommende helsepersonell ved første sykdomsutbrudd og tilbakefall. Helsetjenesten bør i denne sammenheng ha en plikt til å ta opp spørsmålet om samtykke til å videreformidle taushetsbelagt informasjon til pårørende i den grad de ønsker det med pasienten. Prosedyren for innhenting av pasientens samtykke må skje innenfor fagetiske normer og med respekt for pasientens autonomi. Helsetjenesten bør videre ha en plikt til å utarbeide og utdele informasjonsskriv til pårørende hvor det fremgår hvilke rutiner som gjelder og hvilke rettigheter de pårørende har.
- iii) Dersom en person innlegges og ikke samtykker i at pårørende skal få informasjon, bør sykehuset likevel ha en plikt til å ringe og opplyse om at vedkommende er innlagt, men ikke ønsker kontakt. En tilsvarende plikt bør også gjelde ved utskrivning fra sykehuset.
- iv) Rett til rutinemessige tilbud om terapeutisk hjelp hvor pårørende kan bearbeide egne følelsesreaksjoner. Tilbudet må både være forebyggende og behandlende, og pårørende må særlig gis oppfølging ved langvarige sykdommer. Helsetjenesten får en korresponderende plikt til å informere om og tilby slik hjelp.
- v) Rett til psykoedukativt opplæringsprogram der pårørende undervises og veiledes om ulike typer psykiske lidelser samt gis mulighet til å trene på kommunikasjon og problemløsning. Helsetjenesten får en korresponderende plikt til å informere om og tilby slike programmer.
- vi) Rett til deltakelse i samtalegrupper sammen med andre pårørende. Slike grupper kan enten bestå av flere familier, eller være kategorisert ut fra relasjonen til pasienten, herunder foreldregrupper, søskengrupper og grupper for

¹³² LPP op. cit.

samlivspartnere. Helsetjenesten får en korresponderende plikt til å informere om og tilby slike programmer, eventuelt i samarbeid med private organisasjoner.

- vii) Plikt for helsetjenesten til å informere pårørende om frivillige pårørendeforeninger samt bidra til å opprette kontakt med slike.
- viii) Rett til en døgnkontinuerlig og gratis støttetelefon hvor pårørende kan henvende seg og motta veiledning og råd i akutt- og krisesituasjoner. Helsetjenesten får en korresponderende plikt til å opprette slike støttelinjer, eventuelt i samarbeid med private organisasjoner.
- ix) Rett til kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste samt reisekostnader når pårørende møter i ansvarsgrupper og andre møter på dagtid sammen med pasienten. Pliktsubjekt vil her være trygdeetaten og regionalt helseforetak, se pasl. § 2-6.
- x) I NOU 2005: 3 foreslås det at pasientombudet utvides til å omfatte tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Etter mitt syn bør pasientombudets oppgaver ytterligere utvides til å omfatte forvaltningens plikter overfor pårørende. Navnet kan da eventuelt endres til *Ombudet for pasienter og pårørende*.
- xi) Ettersom definisjonen av pårørende etter pasientrettighetsloven som hovedregel er underlagt pasientens valgfrihet, foreslås det at helsepersonell gis en uttrykkelig adgang til å foreta en saklighetskontroll med pasientens valg. En slik overprøving vil for eksempel kunne være aktuelt i tilfeller hvor hensynet til pasientens familiemedlemmer åpenbart tilsier at pasientens valg bør settes til side.

Rettighetsdelen av endringsforslagene foreslås inkorporert i pasientrettighetsloven, og bør i denne forbindelse tillegges alle pårørende og ikke bare den nærmeste pårørende. Pliktdelen foreslås inkorporert i helsepersonelloven, kommunehelsetjenesteloven (eventuelt i lov om sosial- og helsetjenester dersom denne skulle bli vedtatt) og psykisk

helsevernloven. Pliktene for helsetjenesten bør uttrykkelig fordeles mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

I forhold til spørsmål om avlastningstiltak, vil pårørende kunne ha krav på dette etter sosialtjenesteloven¹³³ § 4-2 bokstav b.

6.5 Fordeler og ulemper ved rettsliggjøring

De endringsforslagene som ble presentert ovenfor representerer et styrket pårørendeperspektiv i den helserettslige lovgivningen innen psykisk helsevern. Rettighetsfesting vil således kunne bidra til at den enkelte pårørende får en sterkere maktstilling i møtet med helsevesenet.

Videre vil rettsregler som gir rettigheter til den enkelte og plikter overfor forvaltningen, kunne motvirke faren for vilkårlighet og ubegrunnet forskjellsbehandling. En sterkere rettighetsfesting vil således kunne føre til at den politiske styringen med helsevesenet reduseres til fordel for den juridiske. Dette vil kunne være en fordel med hensyn til ansvars plassering og manglende budsjettmessige prioriteringer.¹³⁴ Ulempen vil imidlertid kunne være at rettighetsfestingen fører til en ressursvridning fra materielle helsetjenester til økt klage- og domstolsbehandling.

Som påpekt av departementet i høringsnotatet om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven, vil en ivaretagelse av pårørende og pårørendes interesser ikke bare kunne løses gjennom rettslige virkemidler. Også andre virkemidler slik som økonomiske, organisatoriske og utdanningspolitiske tiltak vil være nødvendige for at rettighetsfestingen skal ha verdi som styringsverktøy. I denne forbindelse vil enkelte tiltak kunne vise seg å være mindre egnet for rettsliggjøring enn andre. Dette vil blant annet kunne avhenge av hvor presise eller skjønnsmessige rettighetene er. Videre vil hensiktsmessigheten ved en eventuell rettighetsfesting også kunne være av betydning. Som et eksempel vil endringsforslagene vi) og viii) kunne tenkes løst gjennom økt

¹³³ Lov 13. desember 1991 nr. 81.

¹³⁴ Se f.eks. Riksrevisjonens merknader til Helse- og omsorgsdepartementet i Dokument nr. 1 (2005-2006) hvor Riksrevisjonen uttaler at produktiviteten innenfor psykisk helsevern fortsatt synes å være lav, og at psykiatrien fortsatt taper i prioriteringen mot somatikken.

økonomisk støtte til private (pårørende-) organisasjoner fremfor rettighetsfesting med korresponderende plikter for helsetjenesten.

Likevel skal det her fremheves at den *symboleffekten* som rettsliggjøring ofte bringer med seg, vil kunne være av stor betydning med hensyn til holdningsendringer og verdiprioriteringer. For pårørende til pasienter innen psykisk helsevern vil rettsliggjøring således kunne bety et mer positivt møte med helsevesenet.

7 Avslutning og konklusjon

Målet med oppgaven var å undersøke hvilke rettigheter og plikter man har som pårørende til en person med psykisk lidelse. En oversikt over rettstilstanden slik den kan utledes av gjeldende norsk rett, ble gitt i kapitlene 3,4 og 5. Av de rettsdogmatiske konklusjonene fremgikk blant annet at pasientperspektivet er det dominerende perspektiv i den aktuelle helselovgivningen. Dette har videre hatt betydning for reguleringen av de pårørendes situasjon. Pårørende har etter dette få materielle rettigheter overfor helsetjenesten som tjener til å ivareta deres egne behov og interesser.

Målet var således videre å foreta en drøftelse av behovet for å styrke de pårørendes rettsstilling innen det psykiske helsevernet. Slike drøftelser ble foretatt i kapittel 6. Her ble behovet for en styrket rettstilstand bekreftet på bakgrunn av medisinsk forskningsdata og vurderinger av de legislative hensynene. Det ble i denne sammenheng oppstilt enkelte konkrete endringsforslag med hensyn til en rettsutvikling av de pårørendes rettsstilling. Betydningen av rettslige virkemidler må imidlertid ses i forhold til andre virkemidler.

På bakgrunn av de rettsdogmatiske og rettspolitiske drøftelsene som er foretatt, er mitt generelle hovedinntrykk at vektleggingen av pårørendeperspektivet i den helserettslige lovgivningen og den helsepolitiske debatten i stor grad *avviker* fra forskningsbaserte anbefalinger. I den medisinske vitenskapen er det i stort omfang kommet til uttrykk at pårørende til pasienter innen psykisk helsevern også selv har et omsorgsbehov. Tendensen er imidlertid at dette omsorgsbehovet i liten grad vektlegges av lovgivende og utøvende styresmakter.

Registre

Litteratur

Bøker og hefter:

- Befring, Anne Kjersti og Bente Ohnstad. *Helsepersonelloven med kommentarer*. 2. utg. Bergen, 2001.
- Berg, Nina B. J. *Blåmann. Ung psykisk lidelse – familiens smerte*. Oslo, 2002.
- Dybvik, Petrine Maaseide. *Er pårørendesamarbeid viktig i behandlingen av psykiatriske pasienter, og kan de pårørende være en ressurs for sine psykiatriske syke barn/søsken eller for behandlingsapparatet?* Høgskulen i Volda, 1999.
- Engmark, Lena, Bjørg Alfstadsæther og Arne Holte. *Prosjektrapport. Diagnose schizofreni: Foreldres erfaring*. Universitetet i Oslo, 2003.
- Hagen, Kristin, Tore Roald Riedl og Roger Østbøl. *Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer: Kommentarer til lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Oslo, 2002.
- Hågenesen, Merethe. *Kommunens skjulte omsorgsgruppe. Pårørende til psykiatriske langtidspasienter*. Universitetet i Tromsø, 2002.
- Kandidat nr. 13. "Åpenhet og helhet"? *Erfaringar med å leve med ein ektefelle/partnar med manisk depressiv lidning. Pårørende si oppleving av deira behov i møte med psykiatri/hjelpeapparat, samt erfaringar frå samarbeid med hjelpeapparatet*. Høgskulen i Molde, 2004.
- Kjønstad, Asbjørn. *Kompendium i helserett*. Oslo, 2003.
- Kjønstad, Asbjørn og Aslak Syse. *Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang*. 3. utg. Oslo, 2005.
- Kristoffersen, Kjell. *Pårørende og søsken i psykisk helsevern*. Bergen 1998.
- Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri. *Rettigheter for pårørende innen psykiatri*.

- Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri. *Tiltaksplan for økt støtte til og samarbeid med pårørende og andre nærpersoner til mennesker med psykiske lidelser*. Oslo, 2005.
- Mevik, Kate. *Møte med galskap. Om pårørende og psykiatri*. Bodø, 1998.
- Norsk Lovkommentar, bind 2 1976-1992, Oslo, 2002.
- Retterstøl, Nils. *I grenseland. Fra en psykiaters liv*. 2003.
- Rådet for psykisk helse. *Pårørende til psykisk syke*. Informasjonshefte, Oslo, 2003.
- Rådet for psykisk helse. *Velferdsstatens forsømte gruppe*. Rapport, 1995.
- Skaug, Lasse. *Juss og psykiatri i forvaltningen*. Oslo, 2002.
- Solberg, Liv. *Psykoedukativ tilnærming: På hvilken måte kan det hjelpe pårørende som har et familiemedlem med en psykisk lidelse?* Oslo, 1999.
- Sverdrup, Sidsel, Lars B. Kristofersen og Trine Monica Myrvold. *Brukermedvirkning og psykisk helse*. Norsk institutt for by- og regionforskning, NIBR-rapport 2005: 6.
- Syse, Aslak. *Pasientrettighetsloven med kommentarer*. 2. utg. Oslo, 2004.
- Syse, Aslak. *Psykisk helsevernloven med kommentarer*. Oslo, 2004.
- Aasen, Henriette Sinding. *Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling: Om selvbestemmelsesrettens grunnlag, innhold og rekkevidde*. Bergen, 1998.

Artikler:

- Blomhoff, Svein og Rigmor Mogård. *Fra syndebukk til ressurs? Erfaringer fra arbeid med pårørende til psykiatriske langtidspasienter*. I: Tidsskriftet fokus. Årg. 19, 1991, nr. 4, s. 239-244.
- Fonn, Marit. – *Del kunnskapen med pårørende!* I: Tidsskriftet sykepleien. Årg. 84, 1996, nr. 5, s. 16-17.
- Nilsen, Liv og Karin Marie Kjønnoy. *Pasienten, familien og psykiatrien*. I: Tidsskriftet sykepleien. Årg. 92, 2004, nr. 3, s. 34-36.
- Paulsen, Mia. *Familie og psykiatri*. I: Embla. Fagtidsskrift for barnevernspeagoger. Årg. 7, 2002, nr. 6, s. 7.
- Smeby, Nina Aarhus. *Merbelastning på familien i psykiatrien*. I: Hummelvoll, Jan Kåre og Unni Å Lindström (red.). *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*, s. 164-177.
- Smeby, Nina Aarhus. *Samarbeid med familien i psykiatrien*. I: Kirkevold, Marit og Karen Strømsnes Ekern (red.). *Familien i sykepleiefaget*. Oslo, 2001, kapittel 5.

Våpenstad, Eystein Victor. *Hva er galt i psykisk helsevern?* Aftenpostens kronikk, 8. november 2005.

Lover

- Lov 22. mai 1902 nr. 10 om Almindelig borgerlig Straffelov (straffeloven).
Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåter i forvaltningssaker (forvaltningsloven).
Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene
(kommunehelsetjenesteloven).
Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven).
Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).
Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).
Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).
Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).
Lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

Opphevede lover:

- Lov 28. april 1961 nr. 2 om psykisk helsevern.
Lov 13. juni 1980 nr. 42 om leger.

Forskrifter

- Forskrift 24. november 2000 nr. 1172 om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.
Forskrift 24. november 2000 nr. 1173 om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet.
Forskrift 24. november 2000 nr. 1174 om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon.
Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal.
Forskrift 21. desember 2000 nr. 1410 om etablering av tvungent psykisk helsevern m.v.
Forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

Dommer

Norsk Retstidende

Rt. 1984 s. 591.

Offentlige dokumenter

Riksrevisjonens Dokument nr. 1 (2005-2006)

Sosial- og helsedepartementet. *Er taushet gull? Rapport fra et arbeid om taushetsplikt.*
1995.

St.meld. nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser.*

St.meld. nr. 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta.*

St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.*

St.prp. nr. 63 (1997-98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006.*

Innst.S. nr. 222 (1997-98) *Innstilling fra sosialkomiteen om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006.*

Innst.O. nr. 7 (1982-83)

Innst.O. nr. 73 (1998-1999) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).*

Innst.O. nr. 91 (1998-1999) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).*

Ot.prp. nr. 1 (1979-80) *Om lov om leger og om lov om tannleger.*

Ot.prp. nr. 36 (1980-81) *Om helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene.*

Ot.prp. nr. 66 (1981-82)

Ot.prp. nr. 10 (1998-99) *Om lov om spesialisthelsetjenesteloven.*

Ot.prp. nr. 11 (1998-99) *Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.*

Ot.prp. nr. 12 (1998-99) *Om lov om pasientrettigheter.*

Ot.prp. nr. 13 (1998-99) *Om lov om helsepersonell m.v.*

Høringsnotat 13. juni 2005 om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven.

NOU 1998: 18 *Det er bruk for alle.*

NOU 2004: 18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene.*

NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt.*

