



RETT TIL NØDVENDIG HELSEHJELP I SPESIALISTHELSETJENESTEN

HVORDAN IVARETA PASIENTENS RETT TIL EN INDIVIDUELL VURDERING, NÅR
INNFØRING AV NYE MEDISINER OG METODER BESLUTTES PÅ GRUPPENIVÅ?

HELSEFORETAKENES JURISTFORENING,
TRONDHEIM 31. JANUAR 2024

MARIUS S. LINDBERG, ADVOKAT, KREFTFORENINGEN

(ANNE KJERSTI BEFRING, INSTITUTT FOR OFFENTLIG RETT,
JURIDISK FAKULTET UNIVERSITETET I OSLO)

Temaer

1. Plassering av temaet
2. Menneskerettigheters betydning for rettigheten
3. Sentrale plikter av betydning for rettigheten
4. Nærmere om innholdet i rettigheten
5. Om retten til helsehjelp fra andre EU/EØS-land
6. Utfordringer



1. Plassering av temaet

Utvikling og kjennetegn

Folketrygdfinansiering av velferdsytelser som: penger, naturalytelser og helsetjenester.

Retten til nødvendig helsehjelp skal gi befolkningen trygghet for at det oppnås hjelp ved behov når helsehjelp kan ha nytte.

Plikter som påhviler eier: kommunen og RHF, helsevirksomheter og helsepersonell skal samlet sett bidra til at rettigheter kan oppfylles.

Menneskerettigheter har betydning for hvordan rettigheten utformes og fortolkes.

EØS-retten har betydning for hvordan rettigheten utformes og fortolkes.

Dagens lovgivning

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a og b og 2-4 a.
Prioriteringsforskriften

Vedtatt en endring av bestemmelsene fra I år: Lovvedtak 49 (2022-2023). Innst. 268 L (2022–2023), jf. Prop. 40 L (2022–2023)

Særbestemmelser i smittevernloven § 6-1, abortloven.

Sørge for ansvaret i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 og 2-1 a, samt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1

Forsvarlighetsplikter i helsepersonelloven § 4, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1

2. Menneskerettighetenes betydning

Sammenheng mellom statens overordnede ansvar for å sørge for et helsetilbud og rettigheter

- Grunnloven § 93: Retten til liv
- EMK art. 2 og 3: Retten til liv og beskyttelse mot farlige metoder
- FNs økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, art. 12: Retten til helse gjelder i Norge
- Grunnloven § 98 og EMK art. 14: Forbudet mot diskriminering.
- Et forslag om en rett til helse i Grunnloven § 112 fikk ikke 2/3 flertall
- (Dok. 16 2011-2012)

FNS konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter

art. 12

1. Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til **den høyest oppnåelige helsestandard** både fysisk og psykisk.
2. De tiltak som konvensjonspartene treffer for å oppnå full virkeliggjørelse for denne rettighet, skal omfatte tiltak som er nødvendige for å:
 - a. Minske foster- og spebarndødeligheten og fremme barnets sunne utvikling,
 - b. Forbedre alle sider ved hygienens i miljø og industri,
 - c. Forebygge, behandle og kontrollere epidemiske, endemiske, yrkesmessige og andre sykdommer,
 - d. Skape vilkår som trykker alle legebehandling og pleie under sykdom.

ØSK art. 12

Retten til helse innebærer forpliktelser til å tilby helsetjenester. Partene i ØSK anerkjenner enhvers rett til å nyte den høyest oppnåelige standard for fysisk og psykisk helse.

Denne retten skal ikke forstås slik at det er en rett til å være frisk, men:

“The entitlements include the right to a system of health protection which provides equality of opportunity for people to enjoy the highest attainable level of health”
General comment no. 14 (2000), para.8.

I dette ligger en rett til hjelp fra helsetjenesten for å oppnå like muligheter for mennesker til å nyte høyeste oppnåelige helsnivå.

Forholdet mellom norsk lov og menneskerettigheter

Grunnloven § 92

«Statens myndigheter skal respektere og sikre menneskerettighetene slik de er nedfelt i denne grunnlov og i for Norge bindende traktater om menneskerettigheter».

Avsnitt 70 i plenumsdommen i HR-2016-2554-P: bestemmelsen kan ikke:

«tolkes som en inkorporasjonsbestemmelse» av Norges menneskerettslige forpliktelser på konstitusjonelt nivå. Men som et «pålegg til domstolene og andre myndigheter om å håndheve menneskerettighetene på det nivå de er gjennomført i norsk rett».

Menneskerettsloven §§ 2 og 3.

Konvensjoner i menneskerettsloven: «lovs trinnhøyde» (avsnitt 65).

Grunnloven kan rekke lengre eller kortere enn det som følger av konvensjonene som er inkorporert som følge av menneskerettsloven.

EMK vil ha rettskildemessig betydning ved tolkingen av Grunnloven.



3. Sentrale plikter som skal bidra til oppfyllelse av rettigheten

“Sørge for ansvaret”

Kapasitet, kompetanse og tjenester.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1:

«Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste»

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a: RHFene skal sørge for tilstrekkelige tjenester og kapasitet.

Plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1: kommunene har tilsvarende sørge for ansvar. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunene og RHFene sitt tilleggsansvar

Hva står ikke her, men andre steder:

- Plikten til å sørge for likhet i fordelingen av tjenester.
- Diskrimineringsforbudet
- Respekt for likeverd Pbrl. § 1-1

Vektlegging av barns hensyn: alder har betydning for innholdet rettigheten.
(prioriteringsmeld. slår fast at alder ikke har betydning)

Plikter til forsvarlighet

Forsvarlighet har betydning for innholdet i rettigheten

Plikter påhviler:

- Helsepersonell, hpl. § 4
- Helsevirksomheter, hpl. § 16, hol. § 4-1 og sphtl. § 2-2
- Eier/staten / kommunen ved at det skal sørges for nødvendige og forsvarlige tjenester

4. Nærmere om innholdet i rettighetene

Rettighetssubjekter og begrepet helsehjelp

Rettighetssubjekt:

Pasient: den som mottar hjelp, og den som ber om hjelp, jf. pbrl. § 1-3 a.

Næmeste pårørende har flere selvstendige rettigheter: den pasienten velger, eller den helsepersonell utpeker etter kriteriene o pbrl. § 1-3 b.

Helsehjelp er definert vidt i pbrl. § 1-3 c: forebyggende, behandling, rehabilitering og annen oppfølging.

Befring, Anne K. Persontilpasset medisin som helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven. Lov og Rett 2020 ;Volum 59.(10) s.583-601

Nødvendig helsehjelp fra kommunen

Pbtl. § 2-1 a: retten til øyeblikkelig og nødvendig hjelp fra kommunen
Fusa-dommen (se ekstramateriale)

Minstestandard kommunen ikke kan gå under

Retten til sykehjems plass

Blir ny pbtl. § 2-1

Går ikke nærmere inn på denne rettigheten, men kjernen er den samme som i pbtl. § 2-1 b (ny § 2-2)

NY: § 2-2 Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelp.

*Retten til nødvendig helsehjelp gjelder de tjenestene som **spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å yte og og finansiere**, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1 a og 4-4. Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om hva som skal anses som helsehjelp som pasienten kan ha rett til.*

Rettslig standard: «nødvendig helsehjelp»

Øyeblikkelig hjelp: kortvarig tidsperspektiv

Nødvendighetsvilkåret- mer variert tidsperspektiv: forsvarlig tid innen frist.

Adekvat helsehjelp med tilstrekkelig kvalitet.

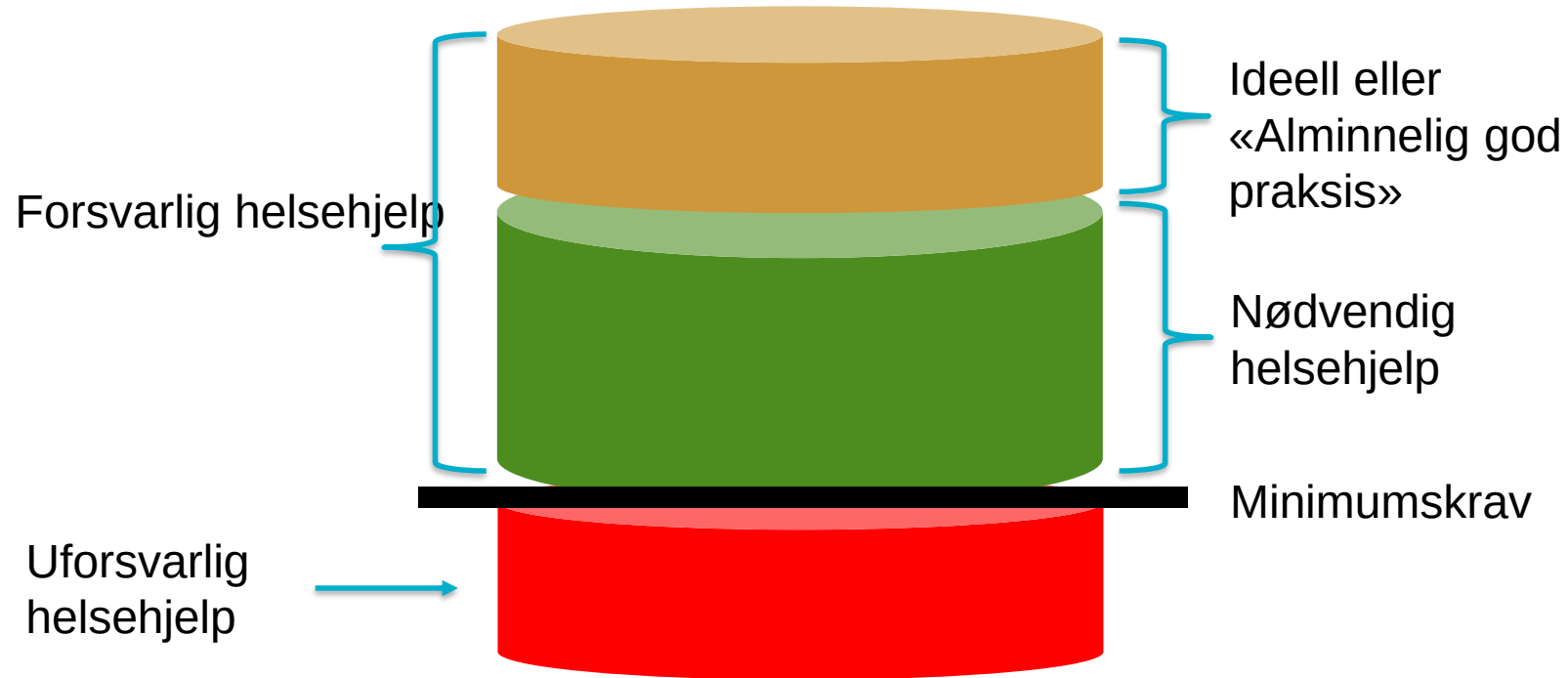
Etter lovendringen i 2015 tar vurderingen utgangspunkt i behov, på bakgrunn av kriteriene i prioriteringsforskriften, se Prop. 118 L (2012–2013) pkt. 7.5.2. Nå er dette presisert i loven. «Nødvendig helsehjelp» skal tolkes slik at det gir krav på nødvendig helsehjelp med en «forsvarlig standard». Omfang og nivå må vurderes konkret ut fra en faglig vurdering. Nytte eller antatt nytte. Alvorlighet - rimelig ressursbruk.

Innholdet hva som skal gis utvikles i takt med den medisinske teknologiske utviklingen

Forsvarlighetskravet

Medisin

Jus



Innst. 93 L (2019- 2020) s. 3

Retten til nødvendig spesialisthelsetjeneste knytter seg til en rett til å få forsvarlig behandling.

Kjernen i forsvarlighetskravet er koblet opp mot det som til enhver tid er definert som etablert behandling.

Pasienter har dermed i dag et rettskrav på å få etablert behandling for den sykdommen eller lidelsen vedkommende har.

Spesialisthelsetjenesten kan ikke velge å ikke gi pasienter etablert behandling ut fra hensyn til økonomi eller av andre årsaker som ikke er medisinske. Det vil være uforsvarlig og i strid med pasientens rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste

Prop. 80 L (2018-2019) s. 16 flg.

Det må foreligge en helsefaglig vurdering av at pasienten vil ha nytte av og behov for den aktuelle helsehjelpen. Forholdet mellom kostnadene ved helsehjelpen og den forbedringen av pasientens helsetilstand den eventuelle helsehjelpen kan forventes å gi, må være rimelig.

Står i konflikt med følgende uttalelse:

Det må foreligge vitenskapelig dokumentasjon for at pasientens tilstand kan forbedres som følge av behandlingen.

Prioriteringsforskriften § 2 og 2a

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd, når:

- a. pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og*
- b. den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen*

Forventet nytte av helsehjelpen vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- a. overlevelse eller redusert funksjon*
- b. fysisk eller psykisk funksjonsforbedring*
- c. reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag*

§ 2a. Prioritering av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten skal prioritere pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ut fra følgende kriterier

- a. helsehjelpens prioritet *øker i tråd med den forventede nytten av helsehjelpen*. Den forventede nytten av helsehjelpen vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:
- b. helsehjelpens prioritet *øker i tråd med alvorligheten av tilstanden*. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:
- c. helsehjelpens prioritet *øker desto mindre ressurser den legger beslag på*
Både nå-situasjonen, varighet av liv og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet.

Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp

Rt. 2008 s. 1187:nedleggelse av behandlingstilbud

Høyesterett tok stilling til om et sykehus (Ullevål (OUS)) sto fritt til å legge ned behandlingstilbud ut fra kontraktsrettslige prinsipper. Høyesterett la avgjørende vekt på om sykehuset kunne dekke en ung gutts behov for helsehjelp, når sykehuset sa opp en avtale med helseinstitusjonen som ga helsehjelpen.

Sykehuset sa opp avtalen med en institusjon før behandlingen av gutten var avsluttet. Det oppsto tvist om hvem som skulle dekke kostnadene for denne behandlingen. Høyesterett kom til at sykehuset var uberettiget til å si opp plasseringsavtalen så lenge det ikke samtidig ble truffet adekvat beslutning om eventuell fortsatt behandling av gutten da sykehuset hadde et ansvar for å tilby pasienten helsehjelp, se avsnitt 41.

Konsekvensen ble at sykehuset måtte fortsette å betale for behandlingen.

En eventuell nedleggelse må i henhold til loven vurderes ut fra «sørge for»-ansvaret i sphi. § 2-1 og om retten til nødvendig helsehjelp kan oppfylles, jf. pbrl. § 2-1. Dette er i utgangspunktet et ansvar for både de regionale helseforetakene og sykehuset, men ble ikke vurdert i den aktuelle saken.

Retten til vurdering og informasjon

Skal bidra til at nødvendig helsehjelp blir gitt til forsvarlig tid

Rett til en frist, pbrl. § 2-2

Pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten, skal innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten, få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp, jf. § 2-1 b andre ledd. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering. Dersom pasienten vurderes til å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal pasienten samtidig informeres om tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang.

- Tidspunktet for oppstart av utredning eller behandling skal settes før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis, jf. § 2-1 b andre ledd. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke kan gi pasienten et tidspunkt før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis, eller tidspunktet senere må endres slik at fristen ikke overholdes, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO, jf. § 2-1 b fjerde ledd.

Pasienten skal opplyses om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved klage. Henvisende instans skal gis samme informasjon som pasienten får etter første og andre ledd.

- Spesialisthelsetjenesten kan uten hinder av taushetsplikten gi nødvendige helseopplysninger til HELFO dersom det er nødvendig for å sikre at pasienten får nødvendig helsehjelp innen forsvarlig tid, jf. andre ledd.
- Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om tidspunktet etter første ledd og om at visse pasientgrupper skal ha rett til vurdering raskere enn innen 10 virkedager

NY § 2-2 a Rett til vurdering, tidsfrist, tidspunkt og informasjon om nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgstjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, de helse- og behandlingsmessige opplysninger personen trenger for å kunne ivareta sin rett.

Pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten, har **innen 10 virkedager** etter at spesialisthelsetjenesten har mottatt henvisningen rett til å få en vurdering fra spesialisthelsetjenesten av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, jf. § 2-2 andre ledd.

Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Pasient som vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp, har samtidig rett til å få fastsatt en faglig forsvarlig tidsfrist for når helsehjelpen senest skal være påbegynt og rett til å få fastsatt tidspunkt for oppstart av helsehjelpen innenfor denne tidsfristen. Pasienten har deretter rett til et faglig forsvarlig pasientforløp.

NY § 2-2 a

Forts.

Innen 10 virkedager etter at spesialisthelsetjenesten har mottatt henvisningen, har pasienten rett til å få informasjon fra spesialisthelsetjenesten om:

- a. vurderingen av retten til nødvendig helsehjelp
 - b. det fastsatte tidspunktet for oppstart av helsehjelpen
 - c. den fastsatte tidsfristen for når helsehjelpen senest skal være påbegynt
 - d. klageadgangen, klagefristen og den nærmere fremgangsmåten ved klage.
- Henvisende instans skal få samme informasjon som pasienten

NY § 2-2 a

Forts.

Ved *mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom* har pasienten rett til vurdering av retten til nødvendig helsehjelp, fastsettelse av tidsfrist og tidspunkt og informasjon raskere enn etter andre og tredje ledd.

De regionale helseforetakene kan bestemme hvilke institusjoner som skal fastsette tidsfristen og tidspunktet etter andre ledd når pasienten er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet.

De regionale helseforetakene kan også bestemme at private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak, skal ha adgang til å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp og fastsette tidsfrist og tidspunkt etter andre ledd.

Skillet mellom tidspunkt for oppstart utredning eller behandling er opphevet.

- Skillet ble opphevet fordi dette ofte var uklart for pasienter og helsepersonell, for å gjøre pasientforløpet enklere og mer strømlinjeformet og enklere å forstå. (prop 40 l 22-23)
- Det skal også bidra til en mer enhetlig praksis og motvirke uheldige vridningseffekter.
- Flere organisasjoner var uenige med forslaget bl. a. Advokatforeningen, Legeforeningen og Kreftforeningen.
- Bekymringen gikk bl. a. på at pasienter mistet rettigheter, samtidig som det var uklart hvordan disse skulle ivaretas.
- I proposisjonen fremkom det at HOD så behov for endringer i prioriteringsforskriften og forskrift om ventelisteregistrering. HOD startet arbeidet når endringen ble vedtatt.
Status pr. 30.01.24 er uavklart.

Fristbrudd?

- Ved fristbrudd skal behandlingsstedet varsle Helfo
- Helfo skal da finne annet behandlingssted for pasienten, kan også være privat tilbyder eller behandling i utlandet.
- Pasienten skal få dekket / refundert merutgifter til reise og opphold ved annet behandlingssted.
- Manglende kapasitet skal ikke danne grunnlag for rett til behandling i utlandet (!?) jf. prioriteringsforskriften § 3 siste ledd.

Betydningen av Ekspertpanelets råd

- Etablert av regjeringen Solberg II. Bent Høie: kalte det en «siste sjanse»
- Ekspertpanelet for spesialisthelsetjenesten skal hjelpe pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom med å få en ny og grundig vurdering av behandlingsmulighetene sine, etter at etablert behandling er prøvd og ikke lenger har effekt.
- Panelet vurderer sykdommen og behandlingen som er gitt. Kan gi råd om ytterligere godkjent behandling, kan gi råd om behandling som ennå ikke er godkjent i Norge eller kliniske studier. Det kan og svare på spørsmål pasienten måtte ha om en spesifikk metode.
- Ingen plikt for behandlingsstedet å følge rådet.
- Evaluert av KPMG på oppdrag fra regjeringen. Konkluderte (bl. a) med at rådet yter helsehjelp. (Alle ekspertene er helsepersonell)
- **Hvis råd fra Ekspertpanelet er helsehjelp, kan det da være forsvarlig å ikke følge rådet?**

Ekspertpanelet er etablert

Ekspertpanelet for spesialisthelsetjenesten skal gi alvorlig syke pasienter med kort tid igjen å leve en mulighet til å få en ny medisinsk vurdering. Ekspertpanelet er nå lansert, og åpner for å ta imot henvendelser.

Publisert 31.10.2018 / Sist oppdatert 11.12.2020



Skjermdump Helse Bergen

Retten til å velge hvor behandlingen skal gis

Retten til fritt behandlingsvalg gjelder fortsatt

Pbrl. § 2-4:

Pasienten har rett til å velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet henvisningen skal vurderes, jf. § 2-2 a.

Pasienten kan bare velge virksomheter som har rett til å tildele pasient- og brukerrettigheter etter § 2-2.

Pasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. § 2-2 andre ledd, kan velge ved hvilken virksomhet helsehjelpen skal ytes. Pasientens rett til å velge etter første punktum omfatter kun virksomheter som eies av eller har avtale med et regionalt helseforetak



The screenshot shows the official website of the Norwegian Government (Regjeringen.no). The header is blue with the Norwegian coat of arms and the text 'Regjeringen.no'. Below the header are navigation links: 'Tema', 'Dokument', 'Aktuelt', and 'Departement'. A breadcrumb trail reads 'Forsiden • Aktuelt • Nyheter'. The main headline is 'Regjeringen avvikler fritt behandlingsvalg' (The government discontinues free choice of treatment). Below the headline, it says 'Nyhet | Dato: 21.10.2022'. The article content is from 'Helfo' (Helseforetakene) and is titled 'Godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg er avviklet' (The approval scheme for free choice of treatment is discontinued). The text states: 'Godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg (FBV) ble avviklet 1. januar 2023.'

Kan retten begrenses til å gjelde i en bestemt region?

- Spesialisthelsetjenesteloven § 2-4 a:
«Det regionale helseforetaket skal sørge for **at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen** tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon.»
- Pasient og brukerrettighetsloven bestemmelser om fritt behandlingsvalg og likeverdige tjenester i hele landet jf. §§ 2-4 og 1.
- Diskrimineringsforbud i Grunnloven om menneskerettighetene.

Kreftparadokset

Vanja fikk ikke tilbud om den beste kreftbehandlingen. Årsak? Hun har feil postnummer.

PUBLISERT 14. MAI 2022 KL. 17:34



Monica White Martinsen
Journalist



Markus Thonhaugen
Journalist

Skjermdump NRK.NO

Kan retten begrenses til å gjelde i en bestemt region?

Forts.

- Helsedirektoratet i brev til Kreftforeningen:

«Utgangspunktet og den klare hovedregel er at spesialisthelsetjenesten skal prioritere pasienter likt uavhengig av bosted, jf. retten til valg av behandlingssted i pbrl. § 2-4...

...Dersom helseforetaket risikerer ikke å kunne oppfylle sitt sørge for-ansvar etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a overfor befolkningen i egen helseregion, vil det imidlertid i unntakstilfeller være anledning til å avvise pasienter fra andre regioner.»

...Statsforvalteren kan fullt ut overprøve behandlingsstedets beslutning om å returnere henvisningen for en pasient fra annen region fordi de må prioritere egne pasienter, herunder om pasienten har fått forsvarlig helsehjelp. Denne anledningen til å avvise pasienter i unntakstilfeller har et saklig og legitimt formål, og er ved flere anledninger vurdert av lovgiver og er etablert ved langvarig og fast praksis. Etter Helsedirektoratets vurdering er en slik anledning til å avvise pasienter i unntakstilfeller verken i strid med formålet i pbrl. § 1-1, Grunnloven § 98 eller EMK art. 14.»

- **Hva skjer om dette kommer på spissen?**

5. Om rett til hjelp fra andre EU/EØS-land

EU-reguleringer

- Henvisningen fra folketrygdloven § 5-24 a
- Pasientrettighetsdirektivet
- Trygdeforordningen

EØS-avtalen

§ 2

Bestemmelser i lov som tjener til å oppfylle Norges forpliktelser etter avtalen, skal i tilfelle konflikt **gå foran andre bestemmelser** som regulerer samme forhold.

Tilsvarende gjelder dersom en forskrift som tjener til å oppfylle Norges forpliktelser etter avtalen, er i konflikt med en annen forskrift, eller kommer i konflikt med en senere lov.¹

Trygdeforordningen: dekning av kostnader til helsehjelp
Pasientrettighetsdirektivet

§ 2-4 a. Helsehjelp i utlandet

Pasient har rett til å få utgifter til helsehjelp som mottas i et annet EØS-land, helt eller delvis dekket

a. etter folketrygdloven § 5-24 a med forskrifter som gjennomfører pasientrettighetsdirektivet i norsk rett. Dette gjelder når den aktuelle helsehjelpen tilsvarer helsehjelp som pasienten hadde fått tilbud om i den offentlige helse- og omsorgstjenesten i Norge.

b. etter rådsforordning (EF) nr. 883/2004 og 987/2009, som blant annet gir rett til å få dekket utgifter til nødvendig helsehjelp under midlertidig opphold og til planlagt helsehjelp i andre EØS-land dersom helsehjelpen ikke ytes innen forsvarlig tid i Norge. Pasient har rett til å få utgifter til helsehjelp som mottas i utlandet helt eller delvis dekket

- a. dersom pasienten har rett til **nødvendig helsehjelp** fra spesialisthelsetjenesten etter § 2-1 b (ny § 2-2) og det **ikke finnes et tilbud i riket** eller **helsehjelpen i utlandet er dokumentert mer virkningsfull** enn den helsehjelpen som tilbys av det offentlige i Norge.
- b. etter folketrygdloven § 5-24 og bestemmelser gitt i medhold av den, som blant annet gir rett til å få stønad til helsetjenester for medlemmer av folketrygden som oppholder seg i utlandet over tid.

Utgifter til helsehjelp som **er besluttet ikke innført i Norge, dekkes ikke**, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 4-4. Dette gjelder likevel ikke helsehjelp under midlertidig opphold etter første ledd bokstav b. Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om hvilke typer helsehjelp som omfattes av utgiftsdekningen, vilkår for å få dekket utgiftene og beregningen av utgiftsdekningen.

Prioriteringsforskriften § 3

En pasient som har rett til nødvendig helsehjelp, men som ikke kan få helsehjelp fordi det ikke finnes et tilbud i riket eller helsehjelpen i utlandet er dokumentert mer virkningsfull enn den helsehjelpen som tilbys av det offentlige i Norge, har rett til helsehjelp i utlandet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4a annet ledd bokstav a.

*Det er en forutsetning at helsehjelpen kan utføres **forsvarlig av tjenesteyter** i utlandet etter **akseptert metode** og at **pasientens tilstand og den aktuelle behandlingen tilfredsstiller kravene i § 2**. Vurderingen av pasientens nytte av behandlingen skal være **individuell og ta utgangspunkt i internasjonal medisinsk vitenskap**.*

I spesielle tilfeller kan enkeltpasienter med sjeldne sykdomstilfeller få eksperimentell eller utprøvende behandling i utlandet selv om vilkårene i § 2 ikke er oppfylt.

***Manglende kapasitet i spesialisthelsetjenesten** gir ikke rett til behandling i utlandet etter denne bestemmelsen. Rett til behandling omfatter ikke forsendelse av laboratorieprøver for analyse ved utenlandsk tjenesteyter uten som ledd i behandling i utlandet.*

Merknader til prioriteringsforskriftens § 3

- **Hovedregelen om at eksperimentell og utprøvende behandling** faller utenfor videreføres. Enkeltpersoner innen sykdomsgrupper som er så sjeldne, og/eller så vanskelige og ressurskrevende, at det ikke er bygget opp nasjonal kompetanse, kan unntaksvis få eksperimentell behandling i utlandet...
- Til de enkelte definisjonene:
- ...I de tilfeller det foreligger et tilbud om adekvat helsehjelp i Norge, men pasienten ikke mottar helsehjelpen pga. manglende kapasitet i spesialisthelsetjenesten, vil pasienten ikke ha rett til helsehjelp etter prioriteringsforskriften § 3. Dette er presisert i bestemmelsens siste ledd.

Avgjørelser fra Klagenemnda for behandling i utlandet

2023



Mener helseforetakene har feiltoiletet lovverket – NRK Nordland

Besøk >

Kreftparadokset

Vanja fikk ikke tilbud om den beste kreftbehandlingen. Årsak? Hun har feil postnummer.



Alle skjermdump nrk.no

Saken vedr. Mohs-kirurgi Saksnr 2023/0902

Vanja er blitt diagnostisert med basalcellekarsinom og søker om å få dekket utgifter til Mohs-kirurgi. Pasienter ved helse sør-øst kan få tilbud om Mohs-kirurgi ved Rikshospitalet.

Overlege XX har i e-post av 5. mai 2022 vist til at kapasiteten for behandlingstilbudet allerede er sprengt og det er problemer med å tilby behandlingen til pasienter som tilhører Helse Sør-Øst innen deres frister.

På grunn av kapasitet har Oslo universitetssykehus ikke åpnet opp for å motta pasienter fra andre helseregioner da dette vil ytterligere forsinke behandlingen for helseregionens egne pasienter. Klageren har blitt henvist til behandling med Mohs-kirurgi, men er blitt avvist i tråd med disse føringene

Klagenemnda konstaterer innledningsvis at pasienten har rett på nødvendig helsehjelp.

Det gjøres så en vurdering av om behandlingen utgjør nødvendig helsehjelp jf. prioriteringsforskriften. Konkluderes med at Mohs kirurgi er nødvendig helsehjelp for pasienten.

I prioriteringsforskriften § 3, fjerde ledd står det at manglende kapasitet ikke gir rett til behandling i utlandet etter bestemmelsen.

Dette innebærer at selv om metoden *ikke er tilgjengelig for klageren i Norge* på grunn av manglende kapasitet gir ikke dette rett til behandling i utlandet etter reglene som Klagenemnda forvalter. Dette la utenlandskontoret til grunn i sitt avslag.

Klageren er tilbudt behandling med *åpen kirurgi* i Norge.

Etter Klagenemndas vurdering er det imidlertid *klagerens **bosted*** som har fått *avgjørende* betydning for at hun ikke ble tilbudt Mohs-kirurgi i Norge, og ikke kapasitetsproblemer som Utenlandskontoret har lagt til grunn.

Så lenge tilbudet er begrenset til pasienter bosatt i regionen til Helse Sør-Øst mener Klagenemnda at det ikke kan legges til grunn at det finnes et tilbud om Mohs-kirurgi for klageren, som er bosatt utenfor denne regionen.

Klagenemnda har kommet til at på tidspunktet helsehjelpen ble gitt *fantas et helsetilbud i Norge*, og at tilbudet i utlandet er *dokumentert mer virkningsfullt* enn tilbudet i Norge, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 a annet ledd bokstav a og prioriteringsforskriften § 3. Klagenemnda vurderer at Mohs kirurgi er dokumentert mer virkningsfullt. I vurderingen er det lagt vekt på plasseringen av karsinomet, at det ved åpen kirurgi ville vært nødvendig å fjerne vesentlig mer av nesen og at dette kunne ha påvirket funksjonen av nesen.

At helsehjelpen er «mer virkningsfull» kan for eksempel være at behandlingen *gir et bedre eller mer sikkert resultat*, eller mindre varige bivirkninger eller plager. Forskjeller av mer bagatellmessig art omfattes ikke. Helsehjelpen skal videre være «dokumentert» mer virkningsfull. Et moment som kan tale for at vilkåret er oppfylt er at helsehjelpen er *etablert og tatt i bruk i land* innenfor EØS jf. Prop. 80 L (2018-2019) punkt 5.3.

Vanja har således krav på behandling i Danmark med Mohs kirurgi.

Svulstene minket med kreftbehandling i utlandet. Men den norske 40-åringen må likevel betale selv.

Kroppen til 40 år gamle «Lars» var full av kreft. En avansert behandling i Tyskland slo svulstene tilbake. Men OUS vil ikke betale for den effektive behandlingen.



Norge 23. april

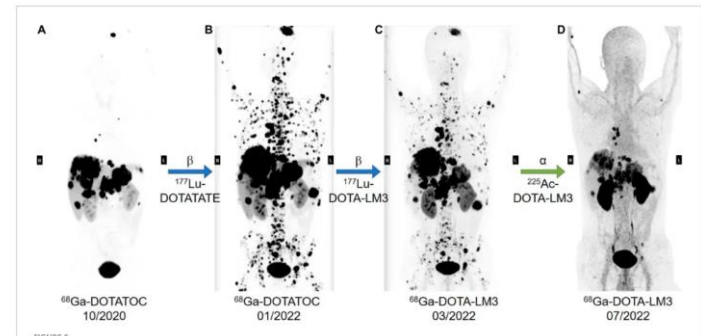
Kritiserer uklar lov: - Ingen pasienter vi har møtt, forstår om de har rett til utenlandsbehandling.

NASJONALT ORGAN FOR RÅDGIVNING VED ALVORLIG LIVSFORKORTENDE SYKDOM

Ekspertpanelet



Ekspertpanelets medlemmer og sekretariat sammen med helseminister Bent Høie på lanseringen i Bergen 31. oktober.



Bildet er hentet fra tidsskriftet Frontiers in Medicine 07.12. 2022. Artikkelen handler om alfa-PRRT behandling. På skanningen vises kroppen til Lars før og etter behandlinger. De svarte prikkene er svulster. De er blitt betydelig færre og har krympet i størrelse. Foto: Frontiers in Medicine/Curanosticum-klinikken, Wiesbaden

Saksnr. 2023/396 9

Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst, avsto 6. april 2022 søknad på dekning av *utgifter til alfaPRRT ved XX*.

Avslaget ble begrunnet med at det omsøkte tilbudet er eksperimentelt og/eller utprøvende og at klagerens tilstand ikke anses som sjelden i pasient- og brukerrettighetslovens og prioriteringsforskriftens forstand.

Vedtaket ble påklaget 16. desember 2022. Klagen var fremsatt for sent, men Utenlandskontoret valgte likevel å ta klagen opp til behandling, i medhold av forvaltningsloven § 31.

Utenlandskontoret endret ikke vedtaket, og saken ble oversendt til Klagenemnda 31. mars 2023. Klageren begynte allerede i 2015 å føle seg dårlig, og han fikk i 2017 påvist nevroendokrin kreft i bukspyttkjertelen (initialt NET G2, etter hvert NET G3).

Klager hadde på søknadstidspunktet spredning til lever, lymfeknuter i magen og til så godt som alle knoklene i kroppen. Han har i løpet av behandlingen fått fjernet bukspyttkjertelen og har gjennomgått en rekke andre operasjoner.

Han har fått all den medikamentelle behandlingen *som er godkjent i Norge* for nevroendokrin kreft av hans type. Klageren har blant annet fått to runder med PRRT med 177 lutetium. Likevel ble det påvist at klagerens kreftsvulst hadde vokst ved kontroll i januar 2022.

Klageren reiste til i Tyskland for å gjennomføre behandling med alfa-PRRT våren 2022. Behandlingen hadde frapperende effekt, og Ekspertpanelet har anbefalt klageren å fortsette behandlingen.

Saksnr. 2023/3969, s. 4 og 5.

Klagenemnda konstaterer innledningsvis at pasienten har rett på nødvendig helsehjelp.

Det gjøres så en vurdering av om behandlingen i Tyskland utgjør nødvendig helsehjelp jf. prioriteringsforskriften. Konkluderes med at behandlingen med Alfa PRRT er nødvendig helsehjelp for pasienten.

Klagenemnda har i denne konkrete saken kommet til at tilbudet i utlandet er dokumentert mer virkningsfullt enn tilbudet i Norge, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4a og prioriteringsforskriften § 3.

At helsehjelpen er «mer virkningsfull» kan for eksempel være at behandlingen gir et bedre eller mer sikkert resultat, eller mindre varige bivirkninger eller plager. Forskjeller av mer bagatellmessig art omfattes ikke. Helsehjelpen skal videre være «dokumentert» mer virkningsfull. Et moment som kan tale for at vilkåret er oppfylt er at helsehjelpen er etablert og tatt i bruk i land innenfor EØS, jf. Prop. 80 L (2018-2019) punkt 5.3.

Saksnr. 2023/3969, s. 4 og 5.

Det må foretas *en individuell vurdering* av den aktuelle klagerens behov for helsehjelp når det tas stilling til om det er et behandlingstilbud i Norge. I vurderingen skal det ses hen til internasjonal, vitenskapelig dokumentasjon om behandling av den medisinske indikasjonen.

Det er dokumentert i saken at **klageren har forsøkt all tilgjengelig og etablert behandling i Norge**, uten at dette har gitt varig effekt.

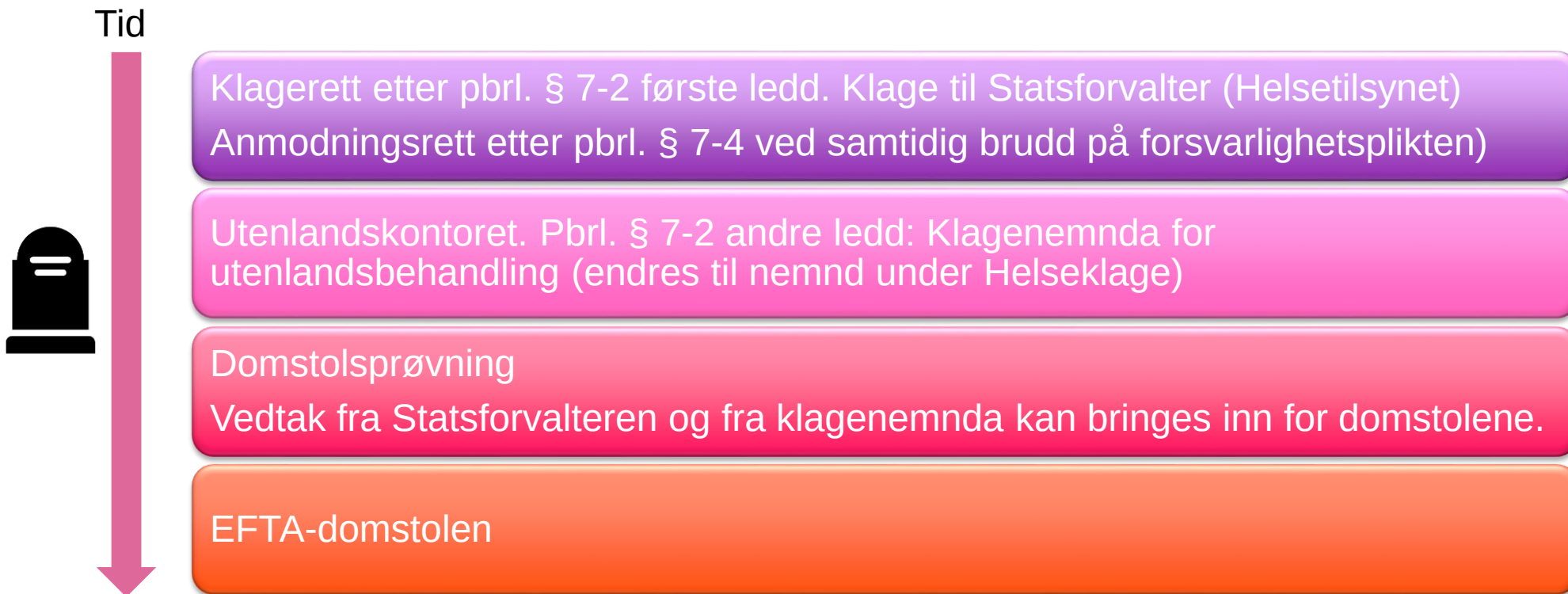
Klagerens tilfelle er videre vurdert å komme inn under *unntaksvilkåret* for sjeldne sykdommer i prioriteringsforskriftens § 3, og kravet til dokumentasjon knyttet til behandlingens effekt er dermed noe redusert sammenlignet med tilfellene som ikke er omfattet av unntaket.

Det er dokumentert fra klagerens side at han har hatt effekt av behandlingen med alfa- PRRT. Klagenemnda påpeker at det er positivt at klageren har hatt effekt av behandlingen. Dette kan imidlertid ikke få avgjørende betydning for vurderingen av om behandlingen er dokumentert mer virkningsfull.

Nemnda omgjør OUS' vedtak og konkluderer med at «Lars» har rett på å få erstattet sine utlegg.

Hva skjer når rettigheten ikke oppfylles?

Klagerett



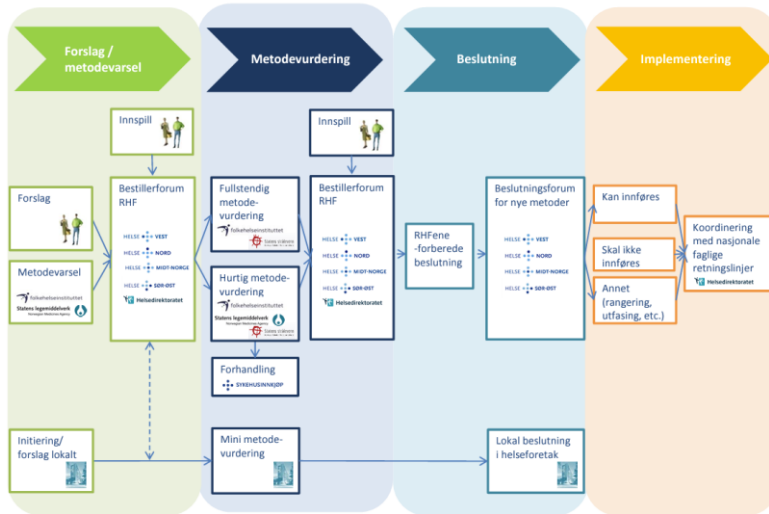
6. Utfordringer med loven

Forholdet mellom generelle vedtak og individuell rettighet

Forbeholdet pbrl. §§ 2-1 b og 2-4 a

Prosesskart - Nye metoder

NYE METODER



Skjermdump nyemetoder.no

«Retten til nødvendig helsehjelp gjelder de tjenestene som spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å yte og finansiere, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1 a og 4-4.»

Generelle prioriteringer (på gruppenivå)

Generelle vedtak om nye metoder etter at metoden er godkjent i FDA/ EMA/LMV

(fra 1.1.24: direktoratet for medisinske produkter)

RHFenes beslutningsforum

§ 4-4 Felles system for å beslutte hvilke metoder som kan tilbys i spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene skal sørge for et felles system for å beslutte hvilke metoder som kan tilbys i spesialisthelsetjenesten. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om organiseringen av og saksbehandlingen i systemet.

Beslutningene som nevnt i første ledd *regnes ikke som vedtak*, jf. forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav a

Særnorsk system. Mange metoder blir aldri vurdert (sjeldne lidelser). Lang saksbehandlingstid. Kan føre til store ulikheter i hva personer med samme behov tilbys.

Ingen klagerett, men kan klage på det individuelle vedtaket og at det ikke i tilstrekkelig grad er tatt hensyn til individuelle hensyn og forsvarlighet, jf. uttalelsen i forarbeidene.

Innst. 93 L (2019-2020) s. 6

Komiteen legger til grunn at overordnede beslutninger om metoder *ikke skal påvirke retten til individuelle vurderinger* og rettigheter til nødvendig og forsvarlig medisinsk behandling. De individuelle vurderingene skal ta utgangspunkt i den enkeltes behov og faktiske muligheter for å diagnostisere og behandle sykdom.

Innst. 93 L (2019- 2020) s. 3

Kjennetegnet ved nye behandlingsmetoder er at det ikke er tale om etablert behandling, og at de må metodevurderes for å vurderes opp mot *prinsippene for prioritering* og for å sikre at metodene er forsvarlige.

Nye metoder ligger dermed i utgangspunktet i skjønnsrommet over forsvarlighetskravet, og over hva pasienten har et rettskrav på å få av tjenester.

Med skjønnsrommet menes det som ligger imellom den til enhver tid best tilgjengelig medisin og forsvarlighetskravets nedre grense.

Lovfestingen av systemet for nye metoder gjør ingen endringer i retten til forsvarlig helsehjelp etter en individuell vurdering

«Jeg ser behov for å gjøre to presiseringer basert på komiteens innstilling ettersom høringsinstansene er bekymret for hvordan lovteksten skal fortolkes.

*Komiteen legger til grunn at overordnede beslutninger om metoder **ikke skal påvirke retten til individuelle vurderinger og rettigheter til nødvendig og forsvarlig medisinsk behandling.** De individuelle vurderingene skal ta utgangspunkt i den enkeltes behov og faktiske muligheter for å diagnostisere og behandle sykdom. Komiteen legger til grunn at den individuelle rettigheten til nødvendig helsehjelp skal være i samsvar med internasjonale forpliktelser. Personer med sjeldne sykdommer har samme rett til tilpasset medisinsk behandling i samsvar med de rettslige forpliktelser til å ivareta likhet og likeverd. **Altså: Det skal gis et tilbud til pasienten som systemet for nye metoder eventuelt har sagt nei til, dersom det kreves for å gi forsvarlig helsehjelp.»***



Vidar Ruud | NTB

Rett på forsvarlig helsehjelp men ikke den behandlingen som virker?

Forsvarlighetsplikten i denne sammenhengen?

- Stephen Storvik fikk kreftdiagnose. Etter en tid sluttet standardbehandlingen å virke. Takket være store økonomiske oppofrelser, lån og spleis, fikk han immunterapi på Aleris helsesenter.
- Behandlingen hadde «frapperende» effekt, Storvik gikk fra å ikke kunne bære en pose dagligvarer opp trappen, til å komme tilbake i jobb (ECOG o)
- Metodevurdering trukket i systemet for nye metoder, avslag fra helseforetaket.
- Behandlende lege, fornyet vurdering og Ekspertpanelet anbefalte alle at han måtte få behandlingen i det offentlige.
- Var det riktig at han måtte fortsette å ta opp lån, selge eiendeler og at vennene måtte kjøre innsamlingsaksjon for å finansiere behandlingen?



FIKK NEI: Stephen Storvik har blitt frisk som følge av privat behandling. Nå nekter det offentlige sykehuset Vestre Viken og ta over behandlingen. Foto: Hallgeir Vågenes, VG

Respondent [REDACTED]
Bruker-ID [REDACTED]
Sist innlogget Aldri
Behandling Tormod Guren av type Nasjonalt Ekspertpanel med rollen Pasient

Skjermdump VG.NO

Svar på henvendelse

 **EKSPERTPANELET**
Nasjonalt organ for rådgiving
ved alvorlig livsforkortende sykdom

Dato mottatt og besvart

Henvendelsen mottatt:
22.01.19

Henvendelsen besvart:
27.01.19

Saken gjelder

Pasient: [REDACTED]

Pasientinformasjon

Navn [REDACTED]
Pasient ID [REDACTED]
Kjønns Mann
Født [REDACTED]

Kartleggingsinformasjon

Leveringsdato 26.01.19
Rapport generert 26.01.19 13:36

« Det var hardt. Du opplever en slags **krise**. Jeg gikk inn i et modus hvor sykdommen var realiteten og alt handlet om **overlevelse**...»

Rett på forsvarlig helsehjelp men ikke den behandlingen som virker?

Forts.

- *«betenkelig at et offentlig norsk sykehus nekter en yngre pasient videre behandling dersom det beviselig har vært god effekt»*
(klinikkjef som forestod fornyet vurdering)
- Avslag hos RHF etter både unntaksordningen og off-labelsøknad. Stadfestet av daværende Fylkesmannembete.
- Omgjøring i Helsetilsynet.



Helsetilsynet med knusende konklusjon i saken til kreftsyke Stephen: «Du har ikke fått nødvendig helsehjelp»

Skjermdump VG.NO

Statens helsetilsyn:

«Vi vurderer ut fra dokumentasjon at det er en ikke uvesentlig risiko for tilbakefall av en livstruende sykdom dersom behandlingen med nivolumab ikke fullføres. Konsekvensene ved å ikke fullføre den behandlingen du har påbegynt, vil derfor kunne være stor, da du har mottatt det som anses å være tilgjengelig standard behandling uten at standard behandling har hatt effekt på din metastaserende ventrikkelkreft.

Konsekvensen av å avslutte behandlingen med nivolumab på dette stadiet vil, slik vi leser dokumentasjonen, kunne være fatal. Vi vurderer ikke at likhetsprinsippet blir brutt ved at du tilbys behandling, da alle pasienter har rett på en individuell vurdering, og du har fremlagt dokumentasjon for at du er i en liten gruppe av pasienter som skiller seg ut, og som har stor effekt av behandlingen.

*Vi har kommet til at det etter en **individuell vurdering**, er **uforsvarlig å avslutte** den pågående behandlingen dersom du ikke får et annet tilbud om behandling som du kan ha forventet nytte av.»*



Rundskriv I4-2019

- Stort behov for avklaring i kjølvannet av Storvik-saken.
- HOD med rundskriv:

«Den klare hovedregel er at tjenesten og behandlende helsepersonell avgjør hvilket tilbud som skal ytes pasienten.

*Det finnes ett **unntak**, dersom det kun er en bestemt type tjeneste eller tilbud som er eneste alternativ for å yte et forsvarlig tilbud, **så har også pasienten et rettskrav på tjenesten.**»*



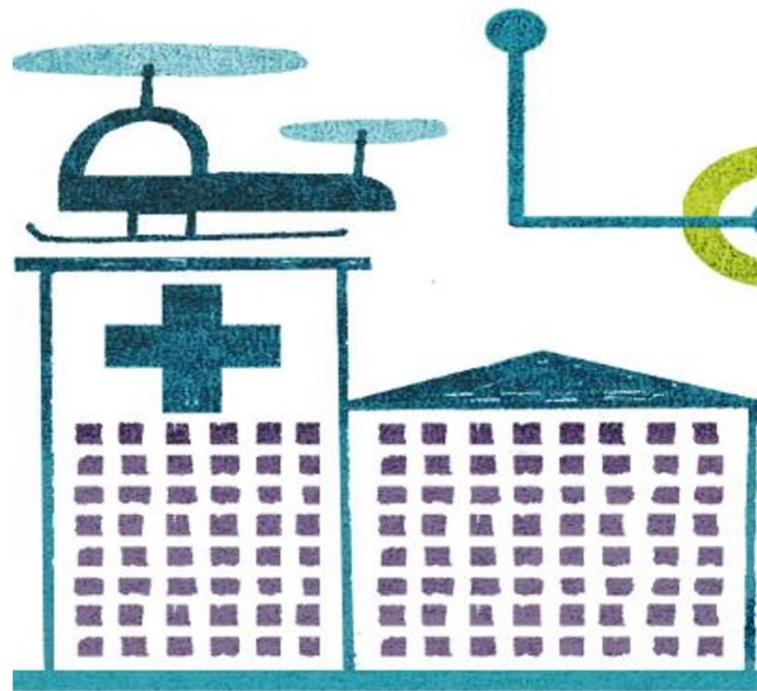
Ifølge liste

Deres ref
I-4/2019

Vår ref
19/3123- ATG

Dato
21. november 2019

Rundskriv I-4/2019 - Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og forholdet til forsvarlighetskravet mm.



Evaluering av systemet for Nye metoder i spesialist- helsetjenesten

Rapport 2021–16

 **PROBA**
samfunnsanalyse

PROBA:

«Et viktig spørsmål oppstår – etter rundskrivet og klagesakene – i situasjoner der kun ett behandlingstilbud vurderes som forsvarlig ved en konkret vurdering av sykdomstilstanden til én bestemt pasient:

Fører dette til at pasienten har rettskrav på dette behandlingstilbudet, for eksempel et bestemt preparat, og uten at kostnadsspørsmålet blir relevant eller avgjørende?

Innebærer dette i så fall at kostnadsspørsmålet på individnivå skal vurderes helt annerledes enn på gruppenivå når avslag gis i Nye metoder?»



EFTAs overvåkningsorgan (ESA) 2023

ESA har tatt norske myndigheter til EFTA-domstolen- Mener pasienters adgang til sykehusbehandling i utlandet begrenses ulovlig

- Det følger av EØS-avtalen at norske myndigheter må la sine pasienter få behandling i EU og dekke kostnadene til dette, om pasienten ønsker det.
- ESAs konklusjon er at Norge ikke følger EØS-regelverket, og derfor ber kontrollorganet nå EFTA-domstolen om å vurdere saken.

ESA tar Norge til domstolen for å begrense adgangen til sykehusbehandling i utlandet | ESA (eftasurv.int)

Redegjørelse fra ESA 26. juli 2023: Letter (eftasurv.int)

Behandlingsnekt i utlandet kan bli den neste EØS-skandalen

ESA har saksøkt den norske stat fordi pasienter nektes utenlandsbehandling de kan ha rett på. Hvis ikke myndighetene tar grep nå, kan de i ytterste konsekvens få flere liv på samvittigheten.

Ingrid Stenstadvold Ross

GENERALSEKRETÆR I KREFTFORENINGEN

PUBLISERT Mandag 21. august 2023 - 09:17



HVIS DU FÅR KREFT, får du nesten alltid hjelp i verdensklasse på norske sykehus. Men noen ganger finnes det en behandling som bare er tilgjengelig i utlandet, som kan gjøre deg frisk og som du kan ha krav på. Problemet er at det norske lovverket er så strengt at du ikke får den.

DET ER GRUSOMT å være rammet av en alvorlig og dødelig sykdom og vite at det finnes en behandling som gir håp, men som du ikke får. Vi forstår fortvilelsen, sinnet og avmakten norske pasienter kjenner på i en slik situasjon.

EN AV DISSE PASIENTENE er «Lars». Han betalte selv 900 000 kroner av familiens oppsparte midler for kreftbehandling i Tyskland da norsk helsevesen ikke lenger kunne hjelpe ham. Det er ikke Norge verdig, og saken til «Lars» er dessverre ikke unik. Kreftforeningen møter og hjelper regelmessig mennesker i samme situasjon.



Ingrid Stenstadvold Ross er generalsekretær i Kreftforeningen Kreftforeningen

Behov for en totalrevisjon av pasient- og brukerrettighetsloven?

- Rundskriv I-4/2019 er til revisjon. Status pr. 29.01.24 er uklart.
- Rundskriv kan være positivt, særlig mht. likebehandling.
- Ikke alt kan løses i ett rundskriv.
- De rettslige spørsmålene er det mye uklarhet i.
- Loven er veldig vanskelig å forstå for pasienter og pårørende.
- Flertall på inneværende Storting for en totalrevisjon

KREFTFORENINGEN



Oppsummering

- Kart og terreng stemmer ikke overens
- Generelle pålegg fra RHFene vil til en viss grad erstatte den individuelle rettigheten. Særlig problematisk ved sjeldne sykdommer.
- Hvordan man skal omforene prioriteringer på gruppenivå med individuelle rettigheter er fortsatt langt på vei et åpent spørsmål
- Understøtter finansieringssystemet lovbestemte rettigheter?
- Forholdet til EU/EØS-lovgivning



<https://kreftforeningen.no/tilbud/kreftforeningens-rettshjelp/>



Kreftforeningens rettshjelp

Kreftforeningens rettshjelp er et gratis tilbud til deg som er kreftpasient eller pårørende som har juridiske spørsmål.



Gratis retthjelp

Trenger du juridisk råd og veiledning?

[Send oss din sak](#)

Får du ikke sendt oss din sak, kan du ringe Kreftforeningen på telefon **21 49 49 21**. Mandag–fredag, 09.00–15.30.

Ekstramateriale

Fusa-dommen Rt. 1990 s. 874

Spørsmålet om gyldigheten av en kommunes vedtak om å beskjære de hjemmebaserte ytelsene til en fysisk funksjonshemmet kvinne. Sosialomsorgsloven § 3 nr. 1 og kommunehelsetjenesteloven § 2-1.

Høyesterett fant at vedtaket var ugyldig på grunn av saksbehandlingsfeil og på grunn av vedtakets materielle innhold.

Vedtaket «innebar en vesentlig reduksjon av de ytelser pasienten tidligere hadde hatt, og det var åpenbart at det nye tilbudet ikke tilfredstilte hennes helt livsviktige behov for stell og pleie» (s. 888). Førstvoterende fastslo samtidig at et «slikt vedtak kan etter min mening ikke forsvares ut fra hensynet til kommunens økonomi».

Nødvendig helsehjelp må holde en viss «minstestandard», uavhengig av kommunens ressursituasjon. Minstestandarden må omfatte både ytelsenes kvalitet og omfang. Rettssituasjonen før denne dommen var uklar, blant annet ble det hevdet at hensynet til en kommunes økonomi kunne «suspendere» plikten til å gi lovbestemte ytelser. Konsekvensen av at minimumsnivået ikke er nådd, må bli at det aktuelle tildelingsvedtaket kjennes ugyldig, se også Rt-2001-995. Et sentralt spørsmål var om en pasient selv kan velge hvor nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven skal ytes, enten som hjemmebaserte tjenester eller ved opphold i institusjon. Høyesterett uttalte på s 423 (obiter dictum) at det er tvilsomt om en funksjonshemmet person kan kreve at hjelp – innen rimelige grenser – skal ytes i hjemmet:

«I tilknytning til dette, og med støtte i de uttalelser om rettighetsbegrepet som jeg har vist til, vil jeg imidlertid gi uttrykk for at sosialomsorgsloven § 3 nr. 1 ikke gir noe rettskrav på bestemte former for sosialhjelp. Hvilke ytelser som skal gis, beror på et forvaltningssskjønn. Spørsmålet om Kari Austestad hadde krav på hjelpeytelser i hjemmet og derfor kunne motsette seg opphold i institusjon, foreligger imidlertid ikke til vurdering i denne sak.»

Kommunen kan nøye seg med å tilby plass i institusjon (bolig med heldøgns omsorgstjenester) for de mest hjelpetrengende dersom dette framstår som et forsvarlig tilbud. Medvirkningsretten i pbrl. § 3-1 er i behold.



Pbrl. § 2-1 e. Rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester

Pasient eller bruker har rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er **det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.**

Pasient eller bruker som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, men som oppfyller kriteriene for tildeling av langtidsopphold etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a andre ledd, **har rett til vedtak om dette**

Hol § 3-2 a

Kommunen **skal** tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Kommunen **skal gi forskrift** med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Forskriften skal også omfatte pasienter og brukere som vil være best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold. Forskriften skal videre regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter eller brukere som venter på langtidsopphold.

Kongen gir forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Forskriften skal også omfatte pasienter og brukere som vil være best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold.]¹

Kommunen skal treffe vedtak om kriteriene etter andre ledd er oppfylt. Kommunen skal føre ventelister over pasienter og brukere som venter på langtidsopphold etter andre ledd

Pasientrettighetsdirektivet EU 2011/24

Pasientdirektivet og trykdeforordningen skal tilrettelegge for at pasienter kan motta ulike tjenester fra ulike land uten hindringer.

Pasientrettighetsdirektivets art. 1:

«Dette direktiv fastsetter regler for at lette adgangen til sikre grænseoverskridende sundhedsydelser af høj kvalitet og fremmer samarbejdet mellem medlemsstaterne om sundhedsydelser under fuld hensyntagen til de nationale beføjelser til at tilrettelægge og levere sundhedsydelser. Dette direktiv tilsigter også at klarlægge forbindelsen med den eksisterende ramme for koordinering af sociale sikringsordninger, forordning (EF) nr. 883/2004, med henblik på at gennemføre patientrettigheder.»

Forpliktelsen for medlemstaten til å lette samarbeidet mellom helsevirksomheter innad i EU for å «skape og sikre effektive grenseoverskridende tjenester av høy kvalitet», jf. fortale punkt 50. Det stilles krav til kvaliteten på de tjenestene som tilbys. Det fremgår av fortalepunkt 51 at kommisjonen skal arbeide for å fjerne nødvendige hindringer for dette samarbeidet om helsetjenester, med henvisning til TEU art. 169 art. 2. Flere direktiver skal bidra til helsetjenester på tvers av land, blant annet harmonisering av kravene til utdanning og autorisasjon av helsepersonell gjennom direktivet om gjensidig annerkjennelse av kvalifikasjoner (EU 2005/36/EF).

Trygdeforordningen art. 7

1. Uten at det berører forordning (EF) nr. 883/2004, og med forbehold for bestemmelsene i artikkel 8 og 9, skal trygdemedlemsstaten sikre at påløpte utgifter for et medlem i trygdeordningen som mottar helsetjenester over landegrensene, blir refundert dersom den aktuelle helsetjenesten er blant de ytelser medlemmet i trygdeordningen har krav på i trygdemedlemsstaten.

1. Som unntak fra nr. 1 gjelder følgende:

Dersom en medlemsstat er oppført i vedlegg IV til forordning (EF) nr. 883/2004 og i samsvar med nevnte forordning har anerkjent retten til ytelser ved sykdom for pensjonister og deres familiemedlemmer som er bosatt i en annen medlemsstat, skal medlemsstaten for egen regning yte helsetjenester til disse i henhold til dette direktiv når de oppholder seg på dens territorium, i samsvar med denne medlemsstatens lovgivning, som om de berørte personene var bosatt i medlemsstaten oppført i nevnte vedlegg.

Dersom helsetjenestene som ytes i samsvar med dette direktiv, ikke er underlagt krav om forhåndstillatelse, ikke tilbys i samsvar med avdeling III kapittel 1 i forordning (EF) nr. 883/2004 og tilbys på den medlemsstats territorium som i samsvar med nevnte forordning og forordning (EF) nr. 987/2009 i siste instans er ansvarlig for å refundere utgiftene, skal denne medlemsstat påta seg utgiftene. Nevnte medlemsstat kan påta seg utgiftene ved helsetjenester i samsvar med de vilkår, kriterier for rett til behandling samt lovgivningsmessige og administrative formaliteter som den har fastsatt, forutsatt at disse er forenlige med TEUV.

Forts. Trygdeforordningen art. 7

3. Trygdemedlemsstaten fastsetter, på lokalt, regionalt eller nasjonalt plan, hvilke helsetjenester et medlem i trygdeordningen har rett til å få refundert utgiftene til samt dekningsgraden av disse utgiftene, uavhengig av hvor helsetjenesten ytes.

4. Utgiftene til helsetjenester over landegrensene skal refunderes eller betales direkte av trygdemedlemsstaten opp til det utgiftsnivået som trygdemedlemsstaten ville ha dekket dersom disse helsetjenestene hadde blitt ytt på dens territorium, uten at de faktiske utgiftene til den mottatte helsetjenesten overskrides. Dersom de samlede utgiftene til helsetjenester over landegrensene overskrider utgiftsnivået som ville blitt dekket dersom helsetjenesten hadde blitt ytt på trygdemedlemsstatens territorium, kan medlemsstaten likevel beslutte å refundere de samlede utgiftene

5. Medlemsstatene kan vedta bestemmelser i samsvar med TEUV med henblikk på å sikre at pasienter har samme rettigheter ved mottak av helsetjenester over landegrensene, som de ville ha hatt dersom de hadde mottatt helsetjenester i en tilsvarende situasjon i trygdemedlemsstaten

6. Med hensyn til nr. 4 skal medlemsstatene ha en åpen ordning for beregning av de utgiftene til helsetjenester over landegrensene som skal refunderes av trygdemedlemsstaten til medlemmet i trygdeordningen. Denne ordningen skal bygge på objektive kriterier som ikke innebærer forskjellsbehandling, som er kjent på forhånd og som skal anvendes på relevant (lokalt, regionalt eller nasjonalt) administrativt plan

Fortalepunkt 56 i trygdeforordningen

Sjeldne sykdommer er sykdommer som rammer høyst fem mennesker per 10 000, i henhold til europaparlaments- og rådsforordning (EF) nr. 141/2000 av 16. desember 1999 om legemidler mot sjeldne sykdommer,¹¹ og de er alle alvorlige, kroniske og ofte livstruende. Noen pasienter som er rammet av en sjelden sykdom, har vanskelig for å få en diagnose og behandling som kan øke livskvaliteten og deres forventede levealder; disse vanskelighetene er også anerkjent i rådsrekommendasjonen av 8. juni 2009 om tiltak på området sjeldne sykdommer.¹²