

**UiO • Det juridiske fakultet**

# Rett til helsehjelp for personer uten lovlig opphold i Norge.

Kandidatnummer: 648 og 786

Leveringsfrist: 25.april 2014

Antall ord: 21 201



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>3</b>
1.1	Problemstilling .....	3
1.2	Bakgrunn/Aktualitet.....	3
1.3	Definisjoner.....	4
1.3.1	Uten lovlig opphold .....	4
1.3.2	Pasient.....	5
1.3.3	Helsehjelp .....	5
1.3.4	Rettighet .....	5
1.4	Avgrensninger.....	6
1.5	Metode .....	7
1.6	Menneskerettighetene stilling i intern norsk lovgivning .....	10
1.7	Overblikk over de alminnelige reglene.....	11
1.8	Den videre fremstillingen .....	13
<b>2</b>	<b>MENNESKERETTIGHETER</b> .....	<b>14</b>
2.1	Generelt.....	14
2.2	FNs VERDENSERKLÆRING .....	15
2.3	ØSK.....	16
2.3.1	Generelt om konvensjonen .....	16
2.3.2	Statenes forpliktelser etter ØSK .....	17
2.3.3	ØSK artikkel 12 .....	22
2.3.4	Kjerneforpliktelsene etter ØSK art. 12 .....	26
2.4	Barnekonvensjonen.....	27
<b>3</b>	<b>DE ENKELTE RETTIGHETER</b> .....	<b>31</b>
3.1	Retten til vurdering .....	31
3.2	Retten til øyeblikkelig helsehjelp.....	33
3.3	Retten til helt nødvendig helsehjelp.....	35
3.4	Retten til psykisk helsevern .....	41
3.5	Retten til smittevern hjelp .....	45

3.6	Særlig om kvinners rettigheter .....	49
3.6.1	Rett til nødvendig helsehjelp før og etter fødsel. ....	49
3.6.2	Retten til svangerskapsavbrudd .....	50
3.7	Helsehjelp til barn .....	53
3.8	Retten til informasjon .....	54
3.9	Finansiering.....	55
3.10	Taushetsplikt overfor myndighetene.....	57
<b>4</b>	<b>VURDERING AV RETTIGHETENE .....</b>	<b>59</b>
4.1	Er reglene i tråd med våre folkerettslige forpliktelser?.....	59
4.2	Er rettighetene gode? .....	63
4.2.1	Regelfesting .....	63
4.2.2	Tidsmomentet .....	64
4.2.3	Finansiering .....	65
4.2.4	Myndighetenes tolkning av menneskerettighetene.....	68
4.2.5	Andre betenkeligheter.....	70
4.2.6	Etikk .....	71
<b>5</b>	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>75</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Problemstilling

Avhandlingens problemstilling er rett til helsehjelp for personer uten lovlig opphold i Norge i lys av menneskerettighetene. Vi vil avklare og vurdere både Norges folkerettslige forpliktelser på området og den interne norske rettstilstanden. Vi antar at norsk lovgivning overfor norske borgere er i overensstemmelse med våre internasjonale forpliktelser på området. Spørsmålet i denne oppgaven er om de rettighetene personer uten lovlig opphold har tilfredsstiller kravene etter de aktuelle konvensjonene.

## 1.2 Bakgrunn/Aktualitet

Det har lenge hersket usikkerhet både blant helsepersonell og pasientgruppen om hvilke rettigheter som gjelder.<sup>1</sup> Flere interessegrupper har etterlyst en klargjøring av reglene. Denne klargjøringen kom i form av Forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i Norge, heretter kalt Helseforskriften.<sup>2</sup>

Det anslås at det i Norge i dag oppholder seg ca. 18 000 personer uten lovlig opphold.<sup>3</sup> Dette er en sammensatt gruppe mennesker med spesielle helseutfordringer. Kirkens Bymisjon driver et frivillig helsesenter i Oslo i samarbeid med Røde Kors. I den forbindelse ble det i 2013 utgitt en årsmelding om helsebehovet til papirløse migranter<sup>4</sup>. I 2013 mottok helsesenteret 1051 pasienter til behandling. Dette er en økning på 14% siden 2012.<sup>5</sup> Dette indikerer et voksende behov for helsehjelp blant individer i denne gruppen. Majoriteten av pasientene kom fra asiatiske og afrikanske land, herunder særlig Etiopia, Somalia, Afghanistan, Mongolia, Iran

---

<sup>1</sup> Høringsnotat s. 3

<sup>2</sup> Vi har ikke funnet noe fast innarbeidet kortnavn til denne forskriften. Derfor har vi valgt «Helseforskriften»,

<sup>3</sup> Zhang (2008), s. 2

<sup>4</sup> Kirkens Bymisjon (2013)

<sup>5</sup> Kirkens Bymisjon (2013), s. 4

og Irak.<sup>6</sup> Av nye pasienter i 2013 var 205 kvinner og 479 menn. De fleste var mellom 18 og 44 år, med hovedvekt i aldersgruppen 18 til 29 år<sup>7</sup>.

Helseproblemer som oftest diagnostiseres ved helsesenteret er plager i fordøyelsessystemet ofte forårsaket av dårlig tannhelse, plager i muskel- og skjelettsystemet, psykiske lidelser, samt problemer med luftveier og hud. Det fremkommer at pasientenes helsebehov ofte relateres til deres livsbakgrunn, og er knyttet til situasjonen de befinner seg i som ulovlig innvandrere.<sup>8</sup> Mange av helseproblemene er sammensatte, og krever oppfølging. En del av helsetilstandene kunne vært forebygget og behandlet tidligere.<sup>9</sup>

Et tilsvarende helsesenter har nylig blitt åpnet i Bergen.<sup>10</sup>

## **1.3 Definisjoner**

### **1.3.1 Uten lovlig opphold**

Begrepet «uten lovlig opphold» er ikke definert i norsk lov. I høringsnotatet til endring av Prioriteringsforskriften utpensles det fire hovedkategorier (som ikke er uttømmende).<sup>11</sup>

I gruppe en og to nevnes personer som har fått endelig avslag på søknad om opphold, og som av ulike grunner har oversittet utreisefristen. Gruppe tre omhandler personer som har kommet lovlig inn i landet, for eksempel på besøksvisum, men som har unnlatt å forlate landet når det lovlige oppholdet har utløpt. Den fjerde gruppen består av personer som har tatt seg ulovlig inn i Norge, og som ikke søker asyl eller lignende, herunder ofre for menneskesmugling.

Det er viktig å merke seg forskjellen mellom personer uten lovlig opphold og personer uten fast opphold. Personer uten fast opphold er personer som er her lovlig, og som ikke har planer om å oppholde seg i landet lenger enn et år.<sup>12</sup>

---

<sup>6</sup> Kirkens Bymisjon (2013), s. 6

<sup>7</sup> Kirkens Bymisjon (2013), s. 5

<sup>8</sup> Kirkens Bymisjon (2013), s. 6

<sup>9</sup> Kirkens Bymisjon (2013), s. 3

<sup>10</sup> NRK artikkel (2014)

<sup>11</sup> Høringsnotat s. 4

<sup>12</sup> Rundskriv I-5/2011 s.1

### **1.3.2 Pasient**

En «pasient» defineres som «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle», se pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav a. I denne fremstillingen brukes begrepet «pasient» både etter denne definisjonen, men også for personer uten lovlig opphold som forsøker å få tilgang til helsehjelp, uavhengig av om de lykkes eller ikke.

### **1.3.3 Helsehjelp**

I pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c defineres begrepet «helsehjelp» som «handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell». Helsehjelp har etter dette både et medisinsk og institusjonelt element.<sup>13</sup> I denne oppgaven vil helsehjelp først og fremst innebære å diagnostisere eller behandle sykdom.

### **1.3.4 Rettighet**

I følge Kjønstad er det fire elementer som må være til stede for at noe skal kvalifisere som en rettighet: Rettigheten må fremgå av lov og/eller forskrift. Videre kan ytelsen ikke avslås på grunn av manglende ressurser eller bevilgninger. For det tredje må det foreligge klageadgang samt mulighet for å bringe saken inn for domstolene. Endelig må det foreligge saksbehandlingsregler som skal trygge rettssikkerheten.<sup>14</sup> Dette er en noe forenklet fremstilling av hvilke vilkår som må være tilstede for at noe skal være en rettighet.

For at noen skal ha en rettighet til en ytelse, må noen andre som regel ha en tilsvarende plikt til å yte. I denne oppgaven vil rettighetsreglene gjelde for pasienten. De tilsvarende pliktreglene vil i all hovedsak påligge staten.

---

<sup>13</sup> Syse (2004), s. 133

<sup>14</sup> Kjønstad (2007), s. 32

### 1.3.4.1 Menneskerettighet

Det er vanskelig å gi én presis definisjon av hva en menneskerettighet er.<sup>15</sup> Det ser likevel ut til å være enighet om at de sentrale menneskerettigheter er grunnleggende rettigheter som tilkommer individene, noe som kommer til uttrykk blant annet i FNs verdenserklæring artikkel 1 og 2.<sup>16</sup> I tillegg hersker det bred enighet om at menneskerettighetene dreier seg om forholdet mellom stat og individ, i den forstand at de pålegger statene plikter, mens individene får rettigheter, men ingen plikter.<sup>17</sup> Alle mennesker er født med de samme menneskerettighetene.<sup>18</sup>

## 1.4 Avgrensninger

Retten til helsehjelp er en av flere komponentene i retten til helse. Siden den nye Helseforskriften om rett til helsehjelp for personer uten lovlig opphold tar for seg retten til helsehjelp, har vi derfor valgt å avgrense mot de andre underliggende determinantene for retten til helse.

Vi vil i denne oppgaven også avgrense mot sosiale tjenester, og konsentrere oss om helsehjelp i medisinsk forstand, da denne helsehjelpen ofte er mer påtrengende og grunnleggende enn andre sosiale ytelser. Noen steder avviker ikke rettighetene for personer uten lovlig opphold med de rettighetene som gjelder for norske statsborgere. Dette gjelder for eksempel rett til øyeblikkelig helsehjelp og svangerskapsavbrudd. Vi har likevel valgt å skrive om disse rettighetene i oppgaven for fullstendighetens skyld.

Helseforskriften retter seg mot personer uten fast opphold. Denne gruppen er som tidligere nevnt sammensatt, og består blant annet av turister, forretningsreisende, sesongarbeidere med mer. Dette er mennesker som oppholder seg i Norge lovlig og i en tidsbegrenset periode. I tillegg omfatter denne gruppen personer uten lovlig opphold. Personer uten lovlig opphold befinner seg i en helt annen livssituasjon, både økonomisk og helsemessig. Dessuten kan det tenkes at de oppholder seg i landet over en lenger tidsperiode. De ønsker ikke å forlate landet.

---

<sup>15</sup> Høstmælingen (2003), s. 27

<sup>16</sup> FNs Verdenserklæring om menneskerettigheter

<sup>17</sup> Høstmælingen (2003), s. 27

<sup>18</sup> FNs Verdenserklæring om menneskerettigheter art. 1

Retten til helsehjelp er derfor viktigere, og kanskje mer omstridt, for denne gruppen. På bakgrunn av dette har vi valgt å begrense oppgaven til å kun å gjelde personer uten lovlig opphold.

I tillegg har vi avgrenset mot personer uten lovlig opphold som sitter i fengsel. Etter vårt syn kan de ikke sies å være her ulovlig på samme måte. De har ingen mulighet til å forlate landet før endt soning. Dessuten har kommunen et ansvar for helsehjelp for innsatte, og dersom de ikke kan betale for helsetjenestene selv, dekkes disse.<sup>19</sup>

I den menneskerettslige delen av oppgaven har vi lagt hovedvekten på FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, og avgrenser derfor i stor grad mot andre folkerettslige traktater. Grunnen til dette er at bestemmelsen om rett til helsehjelp i ØSK fremstår som klarere enn bestemmelsene om rett til helsehjelp i de øvrige konvensjonene. Dessuten foreligger det en del litteratur og tolkningsuttalelser om konvensjonen. I tillegg er konvensjonen gjort til del av norsk lov gjennom menneskerettsloven § 2.<sup>20</sup>

## 1.5 Metode

En stor del av oppgaven baserer seg på internasjonale konvensjoner. Internasjonale konvensjoner tolkes blant annet av de forskjellige menneskerettighetskomiteene. I denne avhandlingen fokuserer vi i størst grad på ØSK-komiteen, som utgir General Comments. FNs økonomiske og sosiale råd (ECOSOC) delegerte sin overvåkningsmyndighet etter ØSK art. 16-22 til ØSK-komiteen da denne ble opprettet i 1985.<sup>21</sup> Ved et par anledninger viser vi til også til FNs Barnekomite General Comment no. 6. Disse inneholder generelle kommentarer om hvordan konvensjonsbestemmelsene skal tolkes og anvendes. De generelle kommentarene er ikke bindende for statene, da det bare er konvensjonsteksten som er gjort til norsk lov. Høstmølingen

---

<sup>19</sup> Folketrygdloven § 2-17

<sup>20</sup> Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) av 21. mai 1999 nr. 30 (mrl.)

<sup>21</sup> ECOSOC Resolution 17/1985



mener likevel at den praktiske betydningen av kommentarene kan «danne utgangspunkt for folkerettslig bindende sedvane.»<sup>22</sup>

Deres rettskildemessige vekt fastslås av Høyesterett i Rt. 2008. 1764 i punkt 81, hvor det uttales at konvensjonstolkninger foretatt av FNs menneskerettskomite har «betydelig vekt» for norske rettsanvendere når norsk rett skal tolkes i lys av menneskerettighetene. I forarbeidene til lov om endringer i barnelova mv. uttales det at generelle kommentarer utgitt av FNs barnekomite er «verdifulle retningslinjer for tolkningen og anvendelsen» av barnekonvensjonen. Videre påpekes det at FNs barnekomite er et ekspertorgan, og deres retningslinjer bør derfor relativt stor vekt.<sup>23</sup>

Selv om disse uttalelsene ikke relaterer seg til General Comments utgitt av ØSK-komiteen, legger vi til grunn at det samme vil gjelde for dem.

Som nevnt er enkelte konvensjoner gjort til del av norsk rett gjennom menneskerettsloven. Menneskerettighetene utgjør ikke bare en skranke for norsk lovgivning. En av hovedfunksjonene i praksis er også at de innvirker på tolkningen av norsk rett.<sup>24</sup> Ved fastleggingen av innholdet i norske interne bestemmelser må man først foreta en tolkning. Først foretas en ordlydsfortolkning av lovteksten. Andre rettskilder som er relevante for tolkningen er blant annet forarbeider til loven, rettspraksis, eventuelle andre myndigheters praksis, samt reelle hensyn.<sup>25</sup> Deretter må ordlyden tolkes i lys av de aktuelle konvensjonene. Ved eventuell motstrid vil det som strider mot menneskerettighetene i den aktuelle bestemmelsen tolkes bort eller annerledes, jf. mrl. § 3

Vi har i denne fremstillingen vist til WHO's anbefalinger. I og med at dette er anbefalinger, vil det etter vår mening ikke medføre noen rettslige konsekvenser dersom Norge ikke følger disse anbefalingene. Disse anbefalingene vil kunne brukes som et tolkningsmoment i vurderingen av om Norge overholder sine folkerettslige forpliktelser.

---

<sup>22</sup> Høstmælingen (2003), s. 80

<sup>23</sup> Ot.prp.nr.104 (2008-2009), s. 26

<sup>24</sup> Eckhoff (2001), s. 316

<sup>25</sup> Eckhoff (2001), s. 22-23

Reglene om retten til helsehjelp for personer uten lovlig presiseres som nevnt i Helseforskriften. Forskrifter er vanskelige tilgjengelige for folk flest. De finnes på internett, men man må likevel vite at forskrifter finnes, hvor man skal finne dem på internett, samt forstå forholdet mellom lovteksten og forskriften. Forskrifter er like bindende som loven selv, når de er gitt innenfor fullmaktens rammer.<sup>26</sup>

Det ble fra departementets side vist til at Helseforskriften i hovedsak ikke vil føre til endringer i gjeldende rett etter Prioriteringsforskriften<sup>27</sup> § 1.<sup>28</sup> Det vil derfor i denne oppgaven også bli lagt vekt på høringsuttalelser og forarbeider til endringen i Prioriteringsforskriften § 1. Vi har blant annet brukt høringsnotatet til Prioriteringsforskriften, som utgjør en del av forskriftens forarbeider. Det er vanskelig å fastslå vekten slike forarbeider har, i hovedsak fordi de har vært så vanskelige tilgjengelige.<sup>29</sup> I likhet med forskriftene finnes forarbeidene nå på internett, og vi har i denne oppgaven lagt stor vekt på dette høringsnotatet.

Vi har også brukt foredraget til den kongelige resolusjonen om Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket.<sup>30</sup> Slike foredrag er vanskelig tilgjengelige selv om de ligger på internett, da folk flest ikke vet at de finnes.

Vi har brukt uttalelser i høringsbrev fra endringen i Prioriteringsforskriften i oppgaven. Slike høringsbrev har ikke rettskildevekt i seg selv, bortsett fra når departementet sier seg enig i uttalelser i høringsbrevet. Vi har brukt uttalelsene som kilder til nyanser og kritikk først og fremst i siste kapittel.

Det foreligger lite rettspraksis om retten til helsehjelp for personer uten lovlig opphold. Man kan tenke seg mange grunner til dette. Det dreier seg om en økonomisk svak gruppe, og frem til Prioriteringsforskriften kom, stod disse rettighetene ingen steder.

---

<sup>26</sup> Kjønsstad (2007), s. 61

<sup>27</sup> Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) av 1. desember 2000 nr. 1208.

<sup>28</sup> Foredrag til forskrift s. 4

<sup>29</sup> Kjønsstad (2007), s. 62

<sup>30</sup> Foredrag til forskrift

## 1.6 Menneskerettighetene stilling i intern norsk lovgivning

Ved menneskerettsloven § 2 ble en rekke internasjonale konvensjoner gjort til norsk lov gjennom inkorporasjon, så langt de er bindende for Norge.<sup>31</sup> Av konvensjoner som gjøres til norsk lov i bestemmelsen nevnes blant annet Den Europeiske Menneskerettighetskonvensjon (EMK), De forente nasjoners internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), Konvensjon om avskaffelse av alle former for diskriminering av kvinner (Kvinnekonvensjonen) og FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjonen).

Med menneskerettslovens § 3 ble de aktuelle konvensjonene gitt forrang for andre norske lover, samt forvaltningspraksis, ved motstrid. Dette gir uttrykk for en klar lovgivervilje til å støtte opp om, og realisere, menneskerettighetene som finnes i de konvensjonene Norge har ratifisert. Høyesterett har uttalt at motstrid ikke kan løses ved et generelt prinsipp, men at retten selvstendig må tolke konvensjonen. Hvis det etter en slik tolkning likevel skulle være motstrid, skal konvensjonsbestemmelsen gå foran, jf. mrl. § 3.<sup>32</sup> Høyesterett gjorde dette i Rt 2005 s. 833. Her innfortolker høyesterett i avsnitt 88 et krav om en aktsomhetsvurdering i straffelovens § 195, som bestemmelsen ut ifra en språklig fortolkning ikke inneholder. Dette er et eksempel på at Høyesterett ved motstrid setter lovens ordlyd til side.

I midlertid vil det sjelden oppstå motstrid, fordi norske domstoler bruker presumsjonsprinsippet.<sup>33</sup> Presumsjonsprinsippet går i svært korte trekk ut på at norske interne bestemmelser så langt råd er skal tolkes slik at den blir i overenstemmelse med internasjonale forpliktelser.

I Grunnloven<sup>34</sup> paragraf 110 c, som ble vedtatt i 1994, sies det at staten skal respektere og sikre menneskerettighetene. Denne bestemmelsen er utformet som en generell prinsippbestemmelse. Grunnloven § 2, som ble vedtatt i 2012, sier i tillegg at grunnloven skal sikre «Demokratiet, Retsstaten og Menneskerettighetene». Disse grunnlovsbestemmelsene sett i sammenheng med motstridsbestemmelsen i mrl. § 3 gir til sammen et sterkt uttrykk for menneskerettighetenes stilling i norsk rett. Dette viser videre at presumsjonsprinsippet er et svært relevant prinsipp, og hvorfor rettsanvendere gir det så stor gjennomslagskraft ved tolkningen av norsk rett.

---

<sup>31</sup> NOU 1993:18 til § 2

<sup>32</sup> Rt. 2000 s. 996 s. 1007

<sup>33</sup> Eckhoff (2001), s. 302.

<sup>34</sup> Kongeriget Norges Grundlov av 17. mai 1814 (Heretter Grunnloven)

## 1.7 Overblikk over de alminnelige reglene.

Det generelle utgangspunktet for retten til helsehjelp i Norge følger av bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven av 2. juli 1999 nr. 63 (pasrl.) kapittel 2. Pasienten har rett til både øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp fra henholdsvis kommunen og spesialisthelsetjenesten etter pasrl. § 2-1a og 2-1b. Dette utgangspunktet modifiseres ved at det er gitt en forskriftshjemmel som gir Kongen fullmakt til å gi unntak fra reglene i lovens kapittel 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket, jf. pasrl. § 1-2 første ledd. En slik forskrift ble gitt 16. desember 2011 – Helseforskriften.

Tidligere ble retten til helsehjelp for personer uten fast opphold regulert i Forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioriteringer av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og klagenemnd, heretter kalt Prioriteringsforskriften § 1. Pasientgruppen var da avskåret fra helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, med unntak av retten til øyeblikkelig helsehjelp. Denne forskriften ble endret ved forskrift 30. juni 2011 nr. 703 med umiddelbar ikrafttredelse. Etter forskriften 30. juni 2011 ble også helsehjelp fra kommunen innskrenket. Personer uten lovlig opphold hadde rett til øyeblikkelig helsehjelp og «helt nødvendig helsehjelp» som ikke kunne vente både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det ble også gitt konkrete regler om retten til nødvendig helsehjelp før og etter fødsel, psykisk helsevern, smittevern og abort. Prioriteringsforskriften § 1 ble opphevet av Helseforskriften. Bakgrunnen for endringen var at pasientrettighetsloven ble endret til pasient- og brukerrettighetsloven i 2011. Loven omfatter nå rettigheter både fra spesialisthelsetjenesten etter spesialisthelsetjenesteloven 2. juli 1999 nr. 61 (sphsl.) og helse- og omsorgstjenester fra kommunen etter helse- og omsorgstjenesteloven av 24. juni 2011 nr. 30. I tillegg ble det gitt en ny forskrift for rett til helsehjelp for personer uten fast opphold i Norge, Helseforskriften. Ved Helseforskriften ble reglene i Prioriteringsforskriften § 1 delt opp i flere bestemmelser, og rettighetene ble tilsynelatende mer pedagogisk fremstilt, ved bruk av ord som «øyeblikkelig hjelp» og «helt nødvendig helsehjelp».

Formålet med endringene i Prioriteringsforskriften og Helseforskriften var å klargjøre hvilke rettigheter pasientgruppen uten lovlig opphold har. Det fremgår av høringsnotatet til endringen av Prioriteringsforskriften og foredrag til Helseforskriften at det ikke forelå et ønske om en endring av rettighetene. Heller dreide det seg om en klarlegging, slik at behandlingen av denne gruppens helseproblemer ble mer enhetlig. I tillegg skulle det utarbeides klare retningslin-

jer for helsepersonell. Ved kartleggingen av retten før endringen i Prioriteringsforskriften ble det klart at det da gjeldende regelverket var usammenhengende og uoversiktlig. Dette medførte tolkningsproblemer når rettighetene til denne pasientgruppen skulle klarlegges.<sup>35</sup>

Den tidligere rettstilstanden var at personer som ikke var medlemmer av folketrygden eller hadde rettigheter etter en gjensidighetsavtale med et annet land, kun hadde rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp fra kommunen (se opphevet lov om kommunehelsetjenester § 1-1), og rett til øyeblikkelig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Personer uten fast opphold i Norge, herunder personer uten lovlig opphold, hadde ikke krav på helsetjenester utover dette.<sup>36</sup> I Prioriteringsforskriften av 2011 ble rettighetene i spesialisthelsetjenesten, samt for barn, gravide og dem under psykisk helsevern, utvidet. I tillegg ble det gitt en rett til svangerskapsavbrudd.<sup>37</sup> Retten til helsehjelp fra kommunen ble innstrammet til å gjelde utelukkende «helt nødvendig helsehjelp» som «ikke kan vente»<sup>38</sup>. Sinding Aasen og Kjellevold mener at forskriftsendringen betyr at personer uten lovlig oppholds tilgang til helsetjenester «er radikalt innskrenket».<sup>39</sup>

Det gjøres rede for hvem som har fulle rettigheter etter pasientrettighetsloven kapittel 2 i Helseforskriften § 2. Reglene i pasientrettighetsloven kapittel 2 gjelder bare fullt ut for personer som har lovlig opphold i Norge, og som enten har fast opphold i riket, er medlem i folketrygden eller som har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med en annen stat. Forskriften gjelder med andre ord kun for personer som faller utenfor disse vilkårene, eksempelvis turister, forretningsreisende, og personer uten lovlig opphold.

De sistnevnte gruppene omfattes likevel av pasrl. kapittel 1, 3, 4, 4A, 5, 6 og 7. Dette innebærer at de har like rettigheter til bl.a. taushetsplikt, informasjonsplikt og journalinnsyn som norske borgere. I tillegg gjelder forsvarlighetskravet etter helsepersonelloven<sup>40</sup> § 4. Ved helsetjenester som følger av andre lover, må man vurdere konkret om personer uten lovlig opphold har rettigheter.

---

<sup>35</sup> Høringsnotat s. 2

<sup>36</sup> Syse (2009), s. 126

<sup>37</sup> Warberg (2009), s. 130

<sup>38</sup> Opphevet: Prioriteringsforskriften § 1 tredje ledd bokstav a

<sup>39</sup> Sinding Aasen og Kjellevold (2012), s. 102

<sup>40</sup> Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr. 64 (hlspl.)

Bosted i Norge er et vilkår for medlemskap i folketrygden, jf. folketrygdloven<sup>41</sup> § 2-1 første ledd. I bestemmelsens andre ledd står det at man regnes som bosatt når oppholdet er ment å vare eller har vart i minst 12 måneder. Utgangspunktet for denne vurderingen etter andre ledd er den subjektive hensikt. Disse må støttes av objektive kriterier.<sup>42</sup> For utenlandske statsborgere er det en forutsetning at de har oppholdstillatelse for den aktuelle perioden, se ftrl. § 2-1 tredje ledd.

I rundskrivet fra Helse- og Omsorgsdepartementet står det at vilkåret om «fast opphold» vil være oppfylt dersom vedkommende har oppholdt seg eller skal oppholde seg i Norge i minst ett år.<sup>43</sup>

En person har videre rett til fulle helsetjenester i riket dersom Norge har inngått en gjensidighetsavtale med vedkommendes hjemland. Det vil si at Norge har bundet seg selv gjennom konvensjoner til å yte helsehjelp. Avtalene gjelder i hovedsak helsehjelpsbehovet som oppstår under tiden vedkommende oppholder seg i Norge. Hvilke rettigheter som kan utledes av avtalen, beror på en tolkning av den aktuelle avtalen.<sup>44</sup> Et eksempel på en slik avtale er EØS-avtalen.

## 1.8 Den videre fremstillingen

I den videre fremstillingen vil vi først kartlegge retten til helsehjelp for personer uten lovlig opphold etter de mest sentrale konvensjonsbestemmelsene på området. Videre vil vi gå nærmere inn på de enkelte rettighetene til helsehjelp slik de fremkommer i Helseforskriften. Til slutt vil vi foreta en vurdering av rettighetene, både slik de er og slik vi mener de bør være.

---

<sup>41</sup> Lov om folketrygd (folketrygdloven) av 28. februar 1997 nr. 19 (ftrl.)

<sup>42</sup> Ot.prp nr. 29 (1995-1996) til § 2-1

<sup>43</sup> Rundskriv I-2011-5 s. 2

<sup>44</sup> Rundskriv I-2011-5 s. 7

## 2 Menneskerettigheter

### 2.1 Generelt

Retten til helsehjelp er en grunnleggende menneskerettighet<sup>45</sup> og er en forutsetning for å realisere retten til helse. Retten til helse avhenger av en adekvat levestandard, som i tillegg til helsehjelp blant annet består av tilgang til tak over hodet, tilstrekkelig næring og lignende.<sup>46</sup> Halvorsen og Sinding Aasen understreker at ingen kan ha rett til helse, fordi helse avhenger av mange komponenter, og vil variere mellom personer. Likevel er helse et gode som tilkommer alle.<sup>47</sup>

Oppfyllelse av retten til helse avhenger altså av at andre rettigheter blir oppfylt.<sup>48</sup> Dette kan være relevant for vår oppgave, siden det kan oppstå spørsmål om Norge har ivaretatt sin forpliktelse hvis vi kun tilbyr helsehjelp, men ikke de andre elementene. Dette faller utenfor temaet i denne oppgaven, og i den grad vi vil behandle disse andre elementene i retten til helse, vil det være for fullstendighetens skyld.

Retten til helse kom for første gang til uttrykk i fortalen til Verdens Helseorganisasjon (WHO): "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition."<sup>49</sup> Helse er etter denne definisjonen ikke utelukkende fravær av sykdom. Det er en helhetsstilstand, og både fysiske, mentale og sosiale elementer favnes inn under definisjonen. Staten har etter dette en plikt til å legge til rette slik at alle i landet kan bli så friske som de har mulighet til. Et element i denne tilretteleggingen er helsehjelp.<sup>50</sup>

---

<sup>45</sup> Verdens Helseorganisasjons konstitusjon 3. avsnitt

<sup>46</sup> Eide (2006), s. 275

<sup>47</sup> Høstmølingen (2012), s. 187

<sup>48</sup> Kjellevold (2006), s. 204

<sup>49</sup> Verdens Helseorganisasjons konstitusjon 2. og 3. avsnitt

<sup>50</sup> WHO Factsheet (2013)

WHO's definisjon ble utarbeidet rett etter andre verdenskrig, og ble derfor ikke ansett som kontroversiell.<sup>51</sup> Tobin understreker at det var en overraskende stor grad av enighet om denne definisjonen, en enighet som i en viss grad står i kontrast til enigheten om retten til helse nå.<sup>52</sup>

Retten til helse kommer også til uttrykk blant annet i FNs Menneskerettighetserklæring 10. desember 1948, De forente nasjoners internasjonale konvensjon 16. desember 1966 om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) 12 første ledd og De forente nasjoners internasjonale konvensjon 20. november 1989 om barnets rettigheter (BK) 24 første ledd. Disse konvensjonene behandles mer inngående senere i oppgaven.

## 2.2 FNs VERDENSERKLÆRING

Verdenserklæringen om menneskerettighetene ble vedtatt 10. desember 1948 av FNs generalforsamling. Norge støtter erklæringen gjennom sitt medlemskap i FN. De fleste bestemmelsene i Verdenserklæringen regnes for å uttrykke folkerettslig sedvanerett.<sup>53</sup> I følge Høstmælingen vises dette ved at verdenserklæringen har hatt bred internasjonal oppslutning siden 1948, og at den til stadighet blir henvist til blant annet i konvensjoner og på internasjonale konferanser. På den andre siden påpeker Høstmælingen videre at dette argumentet gjør seg sterkest gjeldende for de mest sentrale rettighetene, deriblant ytringsfriheten og forbudet mot tortur. Retten til adekvat levestandard i forbindelse med helse, som er relevant for denne avhandlingen, har ifølge ham mindre tyngde internasjonalt, og står etter dette muligens noe svakere.<sup>54</sup> Dette kan ha sammenheng med at retten til adekvat levestandard er en vagere rettighet, og det kan derfor være vanskelig å fastslå brudd på denne rettigheten.

Verdenserklæringens artikkel 25 første ledd, sier at «Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family». Videre nevner artikkel 25 hva dette innebærer: “food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, wid-

---

<sup>51</sup> Zuniga (2013), s. 4

<sup>52</sup> Tobin (2012), s. 29

<sup>53</sup> Høstmælingen (2003), s. 38

<sup>54</sup> Høstmælingen (2003), s. 38



owhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control”. I den norske oversettelsen nevnes helseomsorg.<sup>55</sup> Retten til helse og helsehjelp utdypes og konkretiseres i ØSK, og vi vil derfor gå videre til å behandle denne konvensjonen.

## 2.3 ØSK

### 2.3.1 Generelt om konvensjonen

Konvensjonen for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter inneholder som nevnt en utdyping av retten til helsehjelp slik den lyder i FNs verdenserklæring. ØSK gjelder i utgangspunktet for alle individer innenfor grensene til statene som har ratifisert konvensjonen.<sup>56</sup> Dette kommer til uttrykk blant annet ved at bestemmelsene i ØSK gjelder for alle, se «everyone» og «all peoples», som etter en naturlig forståelse av ordlyden tolkes som alle.<sup>57</sup> Bestemmelsene gjelder altså tilsynelatende uavhengig av statsborgerskap, oppholdsstatus, nasjonalitet, og så videre. Dette behandles mer inngående senere i oppgaven.

Rettighetene for «alle» i konvensjonen har tilsvarende forpliktelser for statene. Disse forpliktelsene kommer til uttrykk i konvensjonens artikkel 2 første ledd.

Den 5. mai 2013 trådte ØSKs tilleggsprotokoll for individklageadgang i kraft. For stater som har ratifisert denne tilleggsprotokollen, oppstår det en rett for individer som hevder seg utsatt for brudd på rettighetene i ØSK til å klage dette direkte inn til ØSK-komiteen. Norge har ikke ratifisert denne protokollen.<sup>58</sup> For Norge skjer da overvåkingen primært gjennom utarbeidelse av periodiske rapporter som skal inneholde tiltakene som er truffet, samt i hvilken grad rettighetene er oppfylt, jf. ØSK art. 16 første ledd. Etter art. 16 andre ledd a gis FNs økonomiske og sosiale råd adgang til å vurdere rapportene. Slik kontrolleres Norges gjennomføring av konvensjonsrettighetene.

Vi vil begynne med å se på statens forpliktelser etter art. 2, for så å gå videre til å se på rettigheten etter art. 12.

---

<sup>55</sup> FNs Verdenserklæring om menneskerettigheter

<sup>56</sup> Høstmølingen (2003), s. 43

<sup>57</sup> Wien-konvensjonen artikkel 31

<sup>58</sup> Optional Protocol (2008)

## 2.3.2 Statenes forpliktelser etter ØSK

### 2.3.2.1 Respektere, beskytte og oppfylle

Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights oppstiller tre generelle forpliktelser statene har i forbindelse med ØSK. Statene skal respektere, beskytte og oppfylle rettighetene. Hvis statene ikke oppfyller disse forpliktelsene, innebærer det et brudd på rettighetene.

Forpliktelsen til å respektere individenes rettigheter betyr at statene skal avstå fra å legge hindringer i veien for individenes rett til å nyte godt av rettighetene i ØSK.

Forpliktelsen til å beskytte rettighetene pålegger statene å forhindre brudd på ØSKs rettigheter av tredjeparter, som for eksempel private aktører.

Forpliktelsen til å oppfylle rettighetene betyr at statene skal ta passende rettslige, administrative, budsjettmessige, juridiske og andre steg mot full oppfyllelse av rettighetene. Her nevnes som eksempel at hvis statene ikke tilbyr grunnleggende nødvendig helsehjelp, kan dette konstituere et brudd etter ØSK.<sup>59</sup> Dette innebærer blant annet at intern nasjonal lovgivning må være i overenstemmelse med internasjonale forpliktelser.

Eide påpeker at det er viktig å forstå at det forventes at individet etter egne ressurser og egen evne, når det er mulig, skal ivareta sine egne behov. I dette ligger det imidlertid en forutsetning om at individet har ressurser som hun eller han kan bruke.<sup>60</sup> Personer uten lovlig opphold sjelden vil ha slike økonomiske ressurser. Statens forpliktelse til å respektere går ut på å respektere denne friheten individene har.<sup>61</sup> I tillegg skal statene beskytte disse frihetene. Staten får altså mer en rolle som beskytter, enn en leverandør av slike rettigheter. På det tredje nivået og som siste utvei skal statene oppfylle individenes forventning til å nyte godt av retten til å tilfredsstille grunnleggende behov, herunder grunnleggende helsehjelp. Denne plikten gjelder overfor dem som ikke har mulighet eller ressurser til å gjøre dette selv.<sup>62</sup>

---

<sup>59</sup> Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights para 6

<sup>60</sup> Eide (1992), s.387

<sup>61</sup> Eide (1992), s. 387

<sup>62</sup> Eide (1992), s. 388

### 2.3.2.2 Artikkel 2

I tillegg til disse forpliktelsene oppstilles det i artikkel 2 konkrete plikter for statene, og er særlig viktig for forståelsen av ØSK.<sup>63</sup>

Artikkel 2 første ledd lyder som følger:

*Each State Party to the present Covenant undertakes to take steps, individually and through international assistance and co-operation, especially economic and technical, to the maximum of its available resources, with a view to achieving progressively the full realization of the rights recognized in the present Covenant by all appropriate means, including particularly the adoption of legislative measures.*

General Comment no. 3 utdyper ØSK art. 2 første ledd, og vi vil gå nærmere inn hvordan art. 2 tolkes her.

Uttrykket «to take steps» betyr at selv om statene tilkjennes en trinnvis («progressively») oppfyllelse av rettighetene etter konvensjonen, må de likevel innen rimelig kort tid etter ratifikasjon «take steps» mot full oppfyllelse («full realization»). Det uttales videre at slike tiltak skal være bevisste, konkrete, og skal rette seg så klart som mulig mot full oppfyllelse av rettighetene.<sup>64</sup> For å oppfylle sine forpliktelser skal statene benytte seg av «all appropriate means», noe som kan oversettes med alle passende tiltak. Et slikt særlig viktig tiltak vil være lovgivningstiltak. Det understrekes at på helseområdet kan lovgivning på mange måter være uunnværlig.<sup>65</sup> Hvis rett til helsehjelp ikke er lovfestet, vil det være vanskelig både å klarlegge hvilke rettigheter man har, samt å kreve disse. På den andre siden understrekes det at lovgivningstiltak ikke på noen måte er tilstrekkelig, og at uttrykket «all appropriate means» skal forstås slik den naturlig framstår, nemlig som at statene skal gjøre alt de kan for å oppfylle rettigheten. Selv om statene selv bestemmer hvilke metoder de velger, bør statenes rapporter begrun-

---

<sup>63</sup> General Comment no. 3 para 1

<sup>64</sup> General Comment no. 3 para 2

<sup>65</sup> General Comment no. 3 para 3

ne metodene som er valgt. Det er til slutt komiteen som avgjør om alle passende tiltak er igangsatt.<sup>66</sup>

Komiteen sier videre at i tilfeller der ØSK er inkorporert i intern nasjonal lovgivning, som den er i Norge, ønsker komiteen informasjon om blant annet dette betyr at individer som mener de ikke har fått rettigheten sin oppfylt, kan prøve saken sin for retten.<sup>67</sup>

Trinnvis oppfyllelse uttrykker en forståelse for at full oppfyllelse av rettighetene i ØSK ikke kan oppnås på kort tid. Blant annet økonomiske bevilgninger og lovendringer tar tid. Likevel betyr ikke statenes rett til å gjøre dette over tid at forpliktelsen mister alt innhold. På den ene siden må det være rom for fleksibilitet fordi det for ethvert land vil være vanskelig å oppnå full realisasjon umiddelbart. På den andre siden må man ikke miste konvensjonens overordnede mål av syne, som er å fastsette klare forpliktelser for statene. Det kreves derfor at statene beveger seg raskt og effektivt mot oppfyllelse av sine plikter.<sup>68</sup>

For at konvensjonens formål skal ivaretas, uttaler komiteen at det påhviler alle stater å oppfylle et minimum av kjerneforpliktelser («Core obligations»). Her nevnes særlig blant annet nødvendig grunnleggende helsehjelp. Vi kommer tilbake til dette under et eget punkt. Statene pålegges å benytte alle tilgjengelige ressurser til i det minste å oppfylle kjerneforpliktelsene. Dersom en stat begrunner manglende oppfyllelse med manglende ressurser, påpekes det at staten må bevise at alle tiltak er forsøkt.<sup>69</sup> Selv om statenes ressurser er klart utilstrekkelige, påhviler det likevel en plikt for staten til å arbeide mot den høyest mulige oppfyllelse av rettighetene.<sup>70</sup>

Artikkel 2 andre ledd omhandler diskrimineringsforbudet, og oppstiller flere grunnlag det er forbudt å diskriminere mot. Oppregningen er ikke uttømmende.<sup>71</sup> Bestemmelsen lyder som følger:

---

<sup>66</sup> General Comment no. 3 para 4

<sup>67</sup> General Comment no. 3 para 6

<sup>68</sup> General Comment no. 3 para 9

<sup>69</sup> General Comment no. 3 para 10

<sup>70</sup> General Comment no. 3 para 11

<sup>71</sup> General Comment no. 20 para 15

*The States Parties to the present Covenant undertake to guarantee that the rights enunciated in the present Covenant will be exercised without discrimination of any kind as to race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth or other status.*

Diskrimineringsforbudet i art. 2 andre ledd utdypes i General Comment no. 20. Her understrekes det at ikke-diskriminering og likhet er grunnleggende momenter for oppfyllelse av rettighetene i ØSK.<sup>72</sup> Ikke-diskriminering er en umiddelbar forpliktelse. Den pålegger medlemsstatene å garantere at ingen diskrimineres på grunnlag av de nevnte faktorene i bestemmelsen.<sup>73</sup> I håndboken, utgitt av FNs Høykommissær, står det at statene også er pliktige til å forby diskriminering fra privatpersoner og andre private aktører.<sup>74</sup>

Diskrimineringsforbudet gjelder både formelt og i praksis. Forbudet mot formell diskriminering betyr at lover, vedtak og lignende ikke skal virke diskriminerende overfor noen som omfattes av betegnelsene som nevnt i art. 2 andre ledd. Forbudet mot diskriminering i praksis pålegger statene aktivt å motarbeide og eliminere diskriminering mot grupper som er særlig utsatt.<sup>75</sup>

Både direkte og indirekte diskriminering er forbudt etter konvensjonen. Direkte diskriminering er når en person forskjellsbehandles på grunn av et av de forbudte diskrimineringsgrunnlagene. Indirekte diskriminering relaterer seg til lover, praksis eller lignende som ved første øyekast fremstår som nøytrale, men som i praksis virker diskriminerende. Eksemplet som nevnes er når skoler krever fødselsattest. Dette kan virke diskriminerende mot dem som ikke er statsborgere og som derfor ikke har eller får slike attester.<sup>76</sup> En lignende situasjon kan tenkes å være når personer uten lovlig opphold ikke får oppfylt den retten de har til vurdering, blant annet fordi de mangler personnummer som igjen avskjærer dem fra å få fastlege.

---

<sup>72</sup> General Comment no. 20 para 2

<sup>73</sup> General Comment no. 20 para 7

<sup>74</sup> Handbook for National Human Rights Institutions s. 13

<sup>75</sup> General Comment no. 20 para 8

<sup>76</sup> General Comment no. 20 para 10

Vi vil konsentrere oss om de grunnlagene som er relevante for oppgaven, nemlig «other status» og nasjonalitet.

«Other status» er ment å skulle fange opp i seg andre særlig sårbare grupper, og skal være en fleksibel kategori.<sup>77</sup> Betegnelsen «other status» er utformet på en måte som gjør at den kan omfatte mange forskjellige grupper. Det uttales i den ovennevnte General Comment i forbindelse med «other status» at rettighetene i konvensjonen gjelder for alle, inkludert «non-nationals», og uavhengig av «legal status and documentation». Det understrekes at også de med udokumentert status har rett til økonomisk tilgjengelig helsehjelp.<sup>78</sup> Etter en naturlig tolkning av denne ordlyden gjelder disse rettighetene også for personer uten lovlig opphold. Sinding Aasen og Kjelle vold uttaler at det på bakgrunn av det ovennevnte tilsynelatende ikke er tillatt å nekte personer uten lovlig opphold primære helsetjenester.<sup>79</sup> Imidlertid påpekes det i General Comment no. 14 punkt 15 at ikke enhver form for forskjellsbehandling er diskriminering i konvensjonens forstand. Videre uttales det at forskjellsbehandling basert på de ulovlige grunnene er diskriminering, bortsett fra hvis forskjellsbehandlingen er rimelig og objektiv. I tillegg uttales det at det må være proporsjonalitet mellom mål og middel. Manglende ressurser er som nevnt ikke god tatt såfremt staten ikke har gjort alle forsøk på å benytte alle tilgjengelige ressurser.

Til slutt står følgende i art. 2 tredje ledd:

*Developing countries, with due regard to human rights and their national economy, may determine to what extent they would guarantee the economic rights recognized in the present Covenant to non-nationals.*

Denne bestemmelsen retter seg mot mennesker som ikke er statsborgere i staten. Det står at utviklingsland kan gjøre begrensninger i økonomiske rettigheter til ikke-statsborgere begrunnet med ressurshensyn. Det er klart at Norge ikke er et utviklingsland, og at denne muligheten dermed ikke gjelder for oss. Denne bestemmelsen behandles derfor ikke i denne oppgaven.

---

<sup>77</sup> General Comment no. 20 para 27

<sup>78</sup> General Comment no. 20 para 30

<sup>79</sup> Sinding Aasen og Kjelle vold (2012), s. 101

### 2.3.3 ØSK artikkel 12

ØSK artikkel 12 lyder som følger:

1. *The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment to the highest attainable standard of physical and mental health.*
2. *The steps to be taken by the States Parties to the present Covenant to achieve the full realization of this right shall include those necessary for:*
  - a. *the provision for the reduction of the stillbirth-rate and of infant mortality and for the healthy development of the child;*
  - b. *the improvement of all aspects of environmental and industrial hygiene;*
  - c. *the prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases;*
  - d. *the creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness.*

I denne oppgaven vil vi konsentrere oss om bestemmelsens første ledd og andre ledd bokstav c og d. Bokstav a handler om å minske foster- og spedbarnsdødeligheten, og bokstav b handler om hygienen i miljø og industri. Kvinner uten lovlig opphold har tilsvarende like rettigheter som norske kvinner før og etter fødsel, og vi finner derfor ingen grunn til å gå nærmere inn på bokstav a. Bokstav b går vi heller ikke nærmere inn på, da bestemmelsen ikke omhandler retten til helsehjelp slik vi har definert den i oppgaven.

Art. 12 første ledd inneholder en vag beskrivelse av selve rettigheten. Art. 12 andre ledd omhandler statenes forpliktelser som motstykke til denne rettigheten, og er ikke uttømmende, jf. «shall include» i bestemmelsen.

Art. 12 andre ledd bokstav c handler om retten til forebygging, behandling og kontroll av sykdom. Staten skal etter denne bestemmelsen opprette preventive- og opplærende programmer for blant annet seksuelt overførbare sykdommer, herunder HIV/AIDS. Retten til behandling innebærer at staten har en plikt til å sørge for øyeblikkelig helsehjelp ved for eksempel

ulykker og epidemier. Staten har her blant annet en plikt til å kontrollere smittsomme sykdommer.<sup>80</sup>

I bokstav d står det at staten skal skape vilkår som tilrettelegger for at alle får medisinsk hjelp ved sykdom. I General Comment no. 14 punkt 20 står det at både fysisk og psykisk sykdom omfattes. Rettigheten inkluderer lik og rettidig tilgang til grunnleggende helsehjelp, passende behandling av utbredte sykdommer, nødvendige medisiner og passende psykisk helsebehandling.

Helserettigheten etter art. 12 første ledd utdypes i General Comment no.14.<sup>81</sup> Her fremkommer det at dette ikke er en rett til å være frisk («healthy»). Det å være frisk er såpass sammensatt at ingen stat kan pålegges en plikt til å sørge for at alle innenfor statens territorium er friske. Momenter som livsstil, gener, ikke følge legens råd og lignende vil påvirke helsetilstanden, og disse momentene, samt flere, er utenfor statens kontroll. Det er den *høyeste oppnåelige helse* man har rett til, og innunder dette vil blant annet hver stats ressurser spille inn. Derfor brukes uttrykket «highest attainable standard», for å fange inn alle individuelle forutsetninger.

Videre i General Comment punkt 9 står det at «the enjoyment of» innebærer at alle har rett til å nyte godt av blant annet de ulike helsetjenestene, fasilitetene og varene («goods») som skal til for å oppnå den høyeste mulige helsestandard. Alle individer skal ha lik tilgang til de helse-tjenester som finnes, slik at de har den samme mulighet til å nyte godt av den høyeste oppnåelige levestandard.<sup>82</sup>

I General Comment no. 14 punkt 12 nevnes fire komponenter som er avgjørende for retten til helsehjelp: Availability, accessibility, acceptability, quality.<sup>83</sup> Disse omtales ofte som «AAAQ», og kan ses på som et slags rammeverk.<sup>84</sup>

---

<sup>80</sup> General Comment no. 14 para 16

<sup>81</sup> General Comment no. 14 para 9

<sup>82</sup> General Comment no. 14 para 9

<sup>83</sup> De engelske betegnelsene brukes i oppgaven, da det er vanskelig å finne presise norske oversettelser.

<sup>84</sup> *Health and Human Rights in Europe* (2012), s. 94



### 2.3.3.1 AAAQ

#### *Availability*

Tilgjengelighet, i den forstand at diverse helsetjenester finnes. Det uttales at det må være et tilstrekkelig antall helsefasiliteter, varer, helsetjenester og helsepersonell tilgjengelig, samt såkalte «programs».<sup>85</sup> Det nøyaktige innholdet i disse ytelsene vil som tidligere nevnt variere med blant annet statenes utviklingsnivå. Det presiseres likevel at sanitære forhold og rent drikkevann uansett dekkes av begrepet availability, samt at kvalifisert helsepersonell med konkurransedyktige lønninger, og tilgang til medisiner (WHO Action Programme on Essential Drugs) omfattes. Dette omtales som de underliggende determinanter for god helse. State- ne må altså ha visse elementer på plass, uavhengig av individuelle faktorer.

Toebes skriver at dette handler mindre om distribusjonen av helsetjenester, men heller om den generelle tilgjengeligheten. Det skal finnes et tilstrekkelig antall av slike helsetjenester innenfor statens territorium.<sup>86</sup> Helen Potts beskriver det som den fysiske tilstedeværelsen av slike tjenester/personell.<sup>87</sup>

#### *Accessibility*

General Comment no. 14 påpeker at accessibility-kravet består av fire overlappende dimensjoner: ikke-diskriminering, fysisk tilgjengelighet, økonomisk tilgjengelighet, og informasjonstilgjengelighet. Alle disse momentene må være tilstede for at helsetjenesten skal være tilgjengelig («accessible»).

*Ikke-diskriminering:* Helsetjenester som nevnt ovenfor skal være tilgjengelige for alle på statens territorium, uten noen form for diskriminering. Det fremheves at dette særlig kan være et problem når det gjelder sårbare og marginaliserte grupper i samfunnet. Personer som oppholder seg ulovlig i et land kan som tidligere nevnt kvalifisere som en slik ekstra sårbar gruppe. De kan være redde for å gå til helsepersonell for eksempel fordi de er engstelige for at helsepersonellet skal «sladre» til myndighetene fordi de ikke har fått informasjon om helseperso-

---

<sup>85</sup> General Comment no. 14 para 12.

<sup>86</sup> *Health and Human Rights in Europe* (2012), s. 94 flg.

<sup>87</sup> Potts (2008)

nelles taushetsplikt. Videre skammer de seg kanskje. Ofte kjenner de heller ikke språket, noe som gjør det vanskelig å kommunisere. Kan hende vet de ikke engang hvor de skal henvende seg, eller at de i det hele tatt har en rettighet til helsehjelp.

*Fysisk tilgjengelighet:* Alle personer i samfunnet skal kunne fysisk ta seg til helsetjenesten. Som i forbindelse med ikke-diskrimineringsaspektet nevnes det også her at det særlig skal tas hensyn til sårbare og marginaliserte grupper, eksempelvis etniske minoriteter, kvinner, barn, gamle, personer med nedsatt funksjonsevne, samt personer med HIV/AIDS. Mennesker med nedsatt funksjonsevne fremheves særlig, da disse kan møte utfordringer hvis bygninger og lignende ikke er tilrettelagte for dem.

*Økonomisk tilgjengelighet:* Alle skal ha råd til helsetjenester. Det skal være balanse/rettferdighet, i den forstand at mindre velstående husholdninger ikke skal bebyrdes mer enn velstående husholdninger. Dette må bety at prisen for helsetjenester ikke må settes for høyt, slik at det ikke gjøres et altfor stort innhugg i en dårligere bemidlet økonomi, enn i en husholdning som har flere midler.

Hvis det finnes helsetjenester som er utilgjengelige fordi den enkelte ikke har råd til å betale for dem, er de ikke økonomisk tilgjengelige.<sup>88</sup> Dette vil kanskje i særlig grad gjelde dem som ikke har lovlig opphold. Mennesker som befinner seg i Norge uten «tillatelse» har som regel små muligheter til å skaffe seg inntekt, da det er vanskelig å finne arbeid uten arbeidstillatelse. Her kan det etter vår mening kanskje utledes en plikt for norske myndigheter til å drive offentlige helsetjenester. Som vi kommer til senere i oppgaven, finnes det ingen offentlig finansiering for helsetjenester for personer uten lovlig opphold i Norge.

*Informasjonstilgjengelighet:* Informasjonstilgjengelighet består av retten til å finne, søke, motta, og formidle informasjon. Dette kan komme i konflikt med taushetsbelagt informasjon. I slike tilfeller skal retten til at personlige helsedata skal behandles med konfidensialitet, gå foran. Dette er det viktig at personer uten lovlig opphold får beskjed om, da dette kan bidra til at flere benytter seg av sin rett til helsehjelp. Språk er også en faktor her. Dersom helsetjenestene ikke tilbys på et språk som pasienten forstår, er tjenesten ikke tilgjengelig for pasienten.

---

<sup>88</sup> Potts (2008)

### *Acceptability*

Helsetjenestene skal være kulturelt passende, samt være etiske.<sup>89</sup> Pasienten skal kunne forstå informasjonen som gis, og helsetjenestene skal være tilpasset begge kjønn. Måten helsehjelpen gis på, skal tilpasses den enkelte pasients kultur.<sup>90</sup>

### *Quality*

Helsetjenestene, helsepersonell, medisiner, etc., skal være av høy vitenskapelig og medisinsk kvalitet.<sup>91</sup> I tillegg må de forskjellige helsepersonellutdannelsene være av god kvalitet. Denne komponenten omfatter også blant annet rent drikkevann og sanitære forhold.<sup>92</sup>

#### **2.3.4 Kjerneforpliktelsene etter ØSK art. 12**

I general Comment nr. 14 punkt 43 a-f slås kjerneforpliktelsenes innhold etter art. 12 fast. Disse kjerneforpliktelsene er utarbeidet på bakgrunn av statenes periodiske rapporter. Statene rapporterer imidlertid ikke enhetlig på dette området, og det foreligger ingen konsensus med tanke på denne oppregningen av kjerneforpliktelser.<sup>93</sup> Kjerneforpliktelsene lyder som følger:

- a. To ensure the right of access to health facilities, goods and services on a non-discriminatory basis, especially for vulnerable or marginalized groups;*
- b. To ensure access to the minimum essential food which is nutritionally adequate and safe, to ensure freedom from hunger to everyone;*
- c. To ensure access to basic shelter, housing and sanitation, and an adequate supply of safe and potable water;*
- d. To provide essential drugs, as from time to time defined under the WHO Action Programme on Essential Drugs;*
- e. To ensure equitable distribution of all health facilities, goods and services;*
- f. To adopt and implement a national public health strategy and plan of action, on the basis of*

---

<sup>89</sup> General Comment no. 14 para 12

<sup>90</sup> Potts (2008)

<sup>91</sup> Potts (2008)

<sup>92</sup> General Comment no. 14 para 12

<sup>93</sup> Tobin (2012), s. 243

*epidemiological evidence, addressing the health concerns of the whole population; the strategy and plan of action shall be devised, and periodically reviewed, on the basis of a participatory and transparent process; they shall include methods, such as right to health indicators and benchmarks, by which progress can be closely monitored; the process by which the strategy and plan of action are devised, as well as their content, shall give particular attention to all vulnerable or marginalized groups.*

Som nevnt tidligere i oppgaven er en av kjerneforpliktelsene etter art. 12 grunnleggende nødvendig helsehjelp («essential primary health care»), og vi vil derfor fokusere på bokstav a, d, e og f. Dette vil si tilgang til helsefasiliteter (bokstav a), tilgang til «essential drugs» (bokstav d), samt at slike helsefasiliteter, varer og tjenester skal være «equitable» distribuert (bokstav e) og smittevern og folkehelse (bokstav f).<sup>94</sup> Statene skal etter dette sikre retten til tilgang på helsetjenester, helsetilbud- og varer. Disse skal tilbys på et ikke-diskriminerende grunnlag. Dessuten skal disse ytelsene distribueres likt. Videre skal statene tilby nødvendige medisiner som WHO anbefaler. En nasjonal helsepolitikk skal utarbeides og gjennomføres etter gitte føringer.<sup>95</sup>

Toebes sier verdien av å definere slike kjerneforpliktelser er tvilsom i europeisk sammenheng. Hun begrunner dette med at helseytelsene som tilbys generelt er av større omfang enn de nevnte kjerneforpliktelsene. Likevel påpeker hun at verdien av en slik definisjon kan være større når det gjelder personer uten lovlig opphold.<sup>96</sup>

## **2.4 Barnekonvensjonen**

FNs konvensjon om barnets rettigheter (BK) art. 24 gjelder barns rettigheter til helsehjelp. I det følgende gjengis de relevante delene av bestemmelsen:

*1. States Parties recognize the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health and to facilities for the treatment of illness and rehabilitation of health.*

---

<sup>94</sup> General Comment no. 14 para 43

<sup>95</sup> Høstmølingen (2003), s. 303

<sup>96</sup> *Health and Human Rights in Europe* (2012), s. 99-100

*States Parties shall strive to ensure that no child is deprived of his or her right of access to such health care services.*

*2. States Parties shall pursue full implementation of this right and, in particular, shall take appropriate measures:*

*(b) To ensure the provision of necessary medical assistance and health care to all children with emphasis on the development of primary health care;*

Etter Barnekonvensjonen art. 24 har statene påtatt seg et ansvar for å anerkjenne barns rett til å nyte den høyest oppnåelige helsestandard («the highest attainable standard of health»), og at barn skal nyte godt av behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Statenes anerkjennelse av dette skal i denne bestemmelsen forstås som at medlemsstatene godtar forpliktelsene konvensjonen pålegger dem.<sup>97</sup> Retten til den høyest oppnåelige helsestandard er som nevnt ikke en rett til å være frisk, men en forpliktelse for staten til å gjennomføre tiltak som gir barn muligheten til å nyte godt av den best mulige helsetilstanden ut i fra deres genetiske og andre biologiske forutsetninger.<sup>98</sup> Staten er forpliktet til å sikre at ingen barn blir fratatt retten til adgang til helsetjenester.

ØSK art. 12 gjelder retten til helse for alle mennesker, også barn. Derfor vil måten art. 12 tolkes på i de ovennevnte General Comments også være relevant for tolkningen av bestemmelsene i Barnekonvensjonen. Det vil derfor vises til drøftelsene som omhandler ØSK art. 12.<sup>99</sup> De grunnleggende pliktene statene har under availability, accessibility, acceptability og quality gjelder etter dette også i tolkningen av Barnekonvensjonen art. 24.

Barnekonvensjonen har ingen egen bestemmelse som gjelder barn uten lovlig opphold og retten til helsehjelp. Hvilke rettigheter disse barna har, avgjøres ut i fra retten til helse etter BK art. 24 og den alminnelige diskrimineringsbestemmelsen i BK art. 2. I BK art. 2 er statene forpliktet til å respektere de rettighetene som er gitt i henhold til konvensjonen for ethvert barn under deres jurisdiksjon, uten noen form for diskriminering. Når det gjelder vilkåret om statens jurisdiksjon, viser Søvig til at det vil være konvensjonsstridig hvis barn med ulovlig opphold faller utenfor. Det ville stride mot grunnhensynet i hele barnekonvensjonen, som er å

---

<sup>97</sup> Høstmælingen (2012), s. 191.

<sup>98</sup> Eide (2006), para 1

<sup>99</sup> Eide (2006), para 4

gi alle barn rettslig beskyttelse etter konvensjonen.<sup>100</sup> Det samme synet framgår av håndboken til barnekonvensjonen.<sup>101</sup> «Barnets beste» skal i tillegg alltid være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som omfatter barn, og er et sentralt tolkningsprinsipp for hele konvensjonen, jf. BK art. 3.<sup>102</sup>

Barnekonvensjonen art. 24 første ledd pålegger staten ansvar for behandlingstilbud og rehabilitering for ethvert barn som oppholder seg i Norge. Behandlingstilbudene må i likhet med helsehjelpen etter ØSK art. 12 være tilgjengelige for alle i landet, uansett hvor de fysisk befinner seg. Denne retten omfatter både behandlingstilbud i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.<sup>103</sup> Staten er forpliktet til å sikre at ingen barn blir fratatt muligheten til slik helsehjelp. Ordlyden i BK art. 24 første ledd er et resultat av forhandlinger om hvorvidt helsehjelp for barn skulle være gratis eller ikke og er generelt utformet. Det ble utarbeidet et kompromiss ved at ingen barn skal bli fratatt retten til helsehjelp på grunn av sin økonomiske situasjon.<sup>104</sup> Dette tilsier at staten skal etterstrebe at helsehjelp skal være økonomisk tilgjengelig for alle barn som oppholder seg innen deres jurisdiksjon.<sup>105</sup>

Folkehelseperspektivet er tydelig tilstede i de fleste pliktene. I BK art. 24 andre ledd bokstav b settes fokus på det enkelte barn, og omhandler i stor grad primærhelsetjenesten.<sup>106</sup> Etter denne artikkelen skal staten sikre at barn får nødvendig legehjelp. Eide fremhever at artikkelen må forstås slik at den krever at helsehjelp i primærhelsetjenesten prioriteres.<sup>107</sup>

FNs barnekomité har uttalt i sin General Comment nr. 6, som gjelder enslige barn utenfor sitt eget land, at statene har plikt til å forsikre seg om at barn som ankommer deres territorium enslig eller separert fra sine foresatte skal ha den samme retten til helsehjelp som barn med

---

<sup>100</sup> Søvig (2009), s. 115

<sup>101</sup> Implementation Handbook for the convention on the Rights of the Child s. 23

<sup>102</sup> Høstmælingen (2012), s. 19

<sup>103</sup> Eide (2006) para 30

<sup>104</sup> Eide (2006) para 32

<sup>105</sup> Eide (2006) para 33

<sup>106</sup> Høstmælingen (2012), s. 191

<sup>107</sup> Eide (2006) para 58

lovlig opphold.<sup>108</sup> Som nevnt gjelder denne uttalelsen bare barn som kommer til riket uten foresatte. Komiteen har ikke kommet med tilsvarende uttalelser om barn som på andre grunnlag oppholder seg ulovlig i et land. Imidlertid mener Søvig at komiteen med denne uttalelsen viser et ønske om ikke å trekke et skille mellom barn med og uten lovlig opphold.<sup>109</sup> Søvig fremhever på den andre siden at det ikke er et krav om at ytelsene skal være identiske for barn med og uten lovlig opphold. Myndighetene kan foreta forskjellsbehandling dersom formålet er rettmessig og tiltaket er forholdsmessig.<sup>110</sup> I høringsnotatet til endringen i Prioriteringsforskriften fremhever departementet at ressurs hensyn kan virke innskrenkende på retten til helshjelp for barn.<sup>111</sup>

---

<sup>108</sup> General Comment no. 6 para 46

<sup>109</sup> Søvig (2009), s. 127

<sup>110</sup> Søvig (2009), s. 115

<sup>111</sup> Høringsnotat s. 13

## 3 De enkelte rettigheter

### 3.1 Retten til vurdering

Enhver som oppholder seg i Norge, lovlig eller ulovlig, har rett til en medisinsk vurdering fra spesialisthelsetjenesten etter pasrl. § 2-2 første, tredje og fjerde ledd, jf. Helseforskriften § 1.

En pasient som er henvist av primærhelsetjenesten til sykehus eller spesialistpoliklinikk, har rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten innen 30 virkedager etter at henvisningen er mottatt, jf. pasrl. § 2-2 første ledd.<sup>112</sup> Ved vurderingen skal det avgjøres om vilkårene for retten til nødvendig helsehjelp foreligger. Kjønstad viser til at vurderingen skal føre til en beslutning av om vedkommende er en rettighetspasient eller ikke<sup>113</sup>. For personer uten lovlig opphold vil vurderingen gjelde om behovet for helsehjelp faller innenfor hva som er «helt nødvendig» og som «ikke kan vente», jf. forskriften § 5 bokstav a første setning. Dette skiller seg fra vurderingen av rettighetene til personer med fast opphold i landet. Denne vurderingen gjelder om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, og det skal fastsettes en frist for behandlingens start, se pasrl. § 2-2 andre ledd jf. § 2-1b andre ledd.

Etter pasrl. § 2-2 vil retten til vurdering følge en «henvisning til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk». Det settes spørsmåltegn ved hvordan dette i praksis skal skje for personer som oppholder ulovlig i Norge. En henvisning vil som regel komme fra en persons fastlege. Personer som er bosatt i en norsk kommune har rett til å ha en fastlege, se pasrl. § 2-1c. I forarbeidene til bestemmelsen er det understreket at betegnelsen «bosatt» sikter til hvilken kommune personen er registrert bosatt i etter folkeregisterloven.<sup>114</sup>

Det vises videre til at fordi retten til fastlege er knyttet opp til «bosted», vil de som ikke har oppholdstillatelse i Norge falle utenfor bestemmelsen. De har dermed ikke rett til fastlege.<sup>115</sup> Dessuten mangler personer uten lovlig opphold norsk personnummer, noe som er en forutsetning for å kunne ha fastlege.

---

<sup>112</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999), punkt 12

<sup>113</sup> Kjønstad (2007), s. 187

<sup>114</sup> Lov om folkeregistrering 16. januar 1970 nr. 1. (Heretter folkeregisterloven)

<sup>115</sup> Prop.91 L (2010-2011), s. 515



Personer uten lovlig opphold må etter dette basere seg på henvisning etter kontakt med for eksempel legevakt. Legeforeningen fremhever at dette kan medføre en uhensiktsmessig bruk av legevaktordningen, særlig i psykiatriske tilfeller, smittevernhelp og hvor tolk kreves for å kunne gi tilstrekkelig behandling. Det påpekes videre at i enkelte tilfeller vil personer kunne bli avvist fra legevakten på bakgrunn av at det ikke dreier seg om øyeblikkelig helsehjelp.<sup>116</sup> Etter vår mening vil retten til vurdering bli illusorisk som en konsekvens av det ovennevnte. Vi vil komme tilbake til dette temaet under avslutningen.

Personer med fast opphold i Norge har også en rett til å få opplysninger om klageadgang, klagefrist og framgangsmåten ved klage etter pasrl. § 2-2 andre ledd. Det vises videre til at den instansen som har henvist pasienten skal underrettes om resultatet. Ut i fra en språklig fortolkning av forskriften § 1 og pasrl. § 2-2 andre ledd, kan det se ut til på at personer uten fast opphold i riket ikke har samme rett til informasjon om klageadgang, og at det helsepersonell eller den instansen som har henvist pasienten ikke har samme rett til tilbakemelding. Når det gjelder tilbakemeldingen til henvisende helsepersonell må dette ses i sammenheng med mangelen på rett til fastlege. Dersom pasienten har blitt henvist direkte fra legevakt, vil ikke legevaktlegen ha noe videre oppfølgingsansvar hva gjelder behandling eller klage.

Det nevnes verken i retningslinjene, høringsnotatet eller foredraget til forskriften hvorfor denne gruppen tilsynelatende ikke har rett til samme informasjon om klageadgangen som de øvrige pasientene har. Disse pasientenes behov for informasjon og veiledning vil jo være like stort, om ikke større.

Det er kun retten til å få sin helsetilstand vurdert som følger av pasrl. § 2-2. Vurderingen medfører ikke en rett til å få sin helsetilstand behandlet. Som utgangspunkt skal vurderingen skje på grunnlag av det som fremkommer av henvisningen. Dersom det er usikkert om henvisningen gir tilstrekkelig informasjon for å gi en forsvarlig vurdering<sup>117</sup>, kan supplerende opplysninger innhentes, eller pasienten innkalles til en konsultasjon, se pasrl. § 2-2. Dersom det er nødvendig å innkalle pasienten for en konsultasjon, skal dette gjennomføres innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt, jf. pasrl. § 2-2 første ledd første punktum. Her vil de

---

<sup>116</sup> Den norske legeforeningen (2011), s. 4 og 7

<sup>117</sup> Hlspl. § 4

samme problemstillingene som nevnt ovenfor oppstå i forbindelse med henvisningen for personer uten lovlig opphold. Hvordan skal spesialisthelsetjenesten rent faktisk nå frem til disse pasientene, når denne pasientgruppen ikke har noen fastlege å få henvisning fra?

### **3.2 Retten til øyeblikkelig helsehjelp**

Det grunnleggende utgangspunktet er at alle som oppholder seg i Norge har rett til øyeblikkelig helsehjelp, dette følger av pasrl. § 2-1a første ledd og § 2-1b første ledd jf. forskriften § 2. Det vil si at pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp både fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten, jf. henholdsvis Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-1. Det gjøres ikke forskjell på om pasienten har lovlig opphold eller ikke. Denne rettigheten er lik både for voksne og barn. Det fremgår også av forarbeidene til pasrl. § 1-2 at det ikke er adgang til å gjøre innskrenkninger i retten til øyeblikkelig helsehjelp<sup>118</sup>.

Reglene om øyeblikkelig helsehjelp deles opp i en rettighetsdel og en plikt-del.

Retten til øyeblikkelig helsehjelp for enhver som oppholder seg i Norge kan også utledes fra hlspl. § 7. Helsepersonell som er nevnt i hlspl. § 48 (a –å) har en plikt til å yte den helsehjelp «de evner» når det anses som «påtrengende nødvendig». Heller ikke her blir det gjort forskjell på grunnlag av oppholdsstatus. Regelen i hlspl. § 7 er en pliktregel for den som skal utøve helsehjelpen. Regelen i pasrl. § 2-1a første ledd og § 2-1b første ledd, jf. forskriften § 3, er en rettighetsregel for den enkelte som har behov for øyeblikkelig helsehjelp.

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har en tilsvarende plikt til å hjelpe de som trenger øyeblikkelig helsehjelp, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Om pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp og i tilfelle hvilken hjelp vil bero på om vilkårene i pliktbestemmelsene er oppfylt.<sup>119</sup>

Hovedvilkåret for plikten til å yte øyeblikkelig helsehjelp er at det skal være «påtrengende nødvendig» jf. sphsl. § 3-1, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 første ledd og hlspl. § 7.

---

<sup>118</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999), s. 125

<sup>119</sup> Syse (2009), s. 211

Kjønstad fremhever at det er den enkelte helsearbeider som skal foreta denne vurderingen.<sup>120</sup> Vurderingen av om en slik plikt foreligger skal foretas med grunnlag i helsepersonellens faglige skjønn.<sup>121</sup> Videre skal vurderingen skje på bakgrunn av de opplysninger helsearbeideren får fra pasienten og dennes symptomer. Oppstår det tvil om det foreligger en øyeblikkelig hjelp situasjon skal helsearbeideren sørge for at «nødvendige undersøkelser» blir foretatt, jf. hlspl. § 7 andre ledd. Hvilke undersøkelser som er «nødvendige», vurderes ut ifra et medisinskfaglig skjønn i det konkrete tilfellet.

Formuleringen «påtrengende nødvendig» «sikter til et akutt behov».<sup>122</sup> I forarbeidene til helsepersonelloven fremheves det at bestemmelsen er ment å ta sikte på «situasjoner som krever livreddende innsats og innsats for å avverge alvorlig helseskade for å hjelpe pasienten ut av en akutt situasjon»<sup>123</sup>. Kjønstad fremhever i tillegg at det å hindre sterke smertetilstander omfattes.<sup>124</sup> Departementet viser til at den generelle regelen bør være at helsehjelpen må være nødvendig innen en tidsangivelse på 24 timer etter første kontakt med helsetjenesten for at den skal karakteriseres som øyeblikkelig helsehjelp.<sup>125</sup>

Hvilken helsehjelp som skal gis, er først og fremst et medisinskfaglig spørsmål. Helsehjelpen må være forsvarlig, jf. hlspl. § 4. Når den akutte helsesituasjonen er over, faller plikten til å yte videre helsehjelp bort.<sup>126</sup> Det følger videre av forarbeidene til helsepersonelloven at plikten til å yte øyeblikkelig helsehjelp også vil opphøre dersom den ikke kan bli ytt tilstrekkelig og adekvat, for eksempel om pasienten allerede er død eller det ikke finnes noen kjente behandlingsmetoder. «Hjelpeplikten vil således gjelde på alle stadier i hendelsesforløpet såfremt det fortsatt foreligger en fare og hjelpen anses påtrengende nødvendig.»<sup>127</sup>

---

<sup>120</sup> Kjønstad (2004), s. 227

<sup>121</sup> Warberg (2011), s. 96

<sup>122</sup> Warberg (2011), s. 96.

<sup>123</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999), s. 219

<sup>124</sup> Kjønstad (2007), s. 153.

<sup>125</sup> NOU 1998:9 s. 20

<sup>126</sup> Kjønstad (2004), s. 228

<sup>127</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999), s. 220

Warberg fremhever at forsvarlighetskravet i hlspl. § 4 vil kunne komme inn i vurderingen av om hvor langt plikten går. Han peker på at det i enkelte tilfeller kan tenkes å være brudd på forsvarlighetsplikten å unnlate å yte nødvendig helsehjelp, selv når øyeblikkelig hjelp situasjonen er over. Warberg sier videre at det til tider kan være vanskelig å avgjøre når en øyeblikkelig hjelp situasjon er over i tilfeller hvor vedkommende har behov for langvarig helsehjelp<sup>128</sup>. Dette kan blant annet være når en pasient kommer inn til helseinstitusjonen med hjerneblødning. Han har da rett til å operasjon for å avhjelpe den akutte situasjonen etter Helseforskriften § 3 jf. pasrl. § 2-1b første ledd. Når operasjonen er gjennomført og akuttsituasjonen er over, vil en pasient som ikke har lovlig opphold som hovedregel ikke ha rett til rehabilitering. Unntak vil være hvis rehabiliteringen faller inn under «helt nødvendig helsehjelp» etter Helseforskriften § 5 første ledd bokstav a, se punkt 3.3. Lignende tilfeller vil være pasienter med hjerteinfarkt og behov for pacemaker, og hvor behovet for pacemaker ikke faller inn under øyeblikkelig helsehjelp.

Den øyeblikkelige helsehjelpen skal ytes «straks» jf. helsepersonelloven § 7 og spesialhelse-tjenesteloven § 3-1. Kjønstad bemerker at vurderingen om hvilken frist «straks» angir vil være en vurdering etter pasientens helsetilstand og den eventuelle helsearbeiders øvrige oppgaver.<sup>129</sup> Straks kan være at helsehjelpen skal ytes umiddelbart i noen tilfeller. I andre tilfeller kan det være tilstrekkelig for eksempel innen tre timer.

### **3.3 Retten til helt nødvendig helsehjelp**

Det følger av Helseforskriften § 5 at enhver person som oppholder seg i riket har rett til helsehjelp etter pasrl. § 2-1a andre ledd og § 2-1b andre ledd første og annet punktum dersom ett av vilkårene i Helseforskriften § 5 bokstav a til e er oppfylt.

Pasienten har rett til «nødvendig helsehjelp», se pasrl. § 2-1a andre ledd. Etter pasrl. § 2-1b andre ledd første setning har pasienten rett til «nødvendig helsehjelp» fra spesialisthelsetjenesten. Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten betinges av at hjelpen som kan bli gitt har en «forventet nytte», og at «kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets ef-

---

<sup>128</sup> Warberg (2011), s. 130

<sup>129</sup> Kjønstad (2007), s. 154

fekt», jf. pasrl. § 2-1b andre ledd andre setning. Disse vilkårene vil bli drøftet nærmere nedenfor.

I tillegg til vilkårene i pasrl. § 2-1a andre ledd og §2-1b andre ledd er det i forskriften § 5 bokstav a første punktum gitt et tilleggsvilkår. Helsehjelpen for personer uten lovlig opphold må være «helt nødvendig», og «ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterk nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter». Hovedvilkårene for retten til helsehjelp for personer uten lovlig opphold er at helsehjelpen må være «helt nødvendig» og «ikke kan vente». Bestemmelsen gjelder både for somatisk og psykisk helsehjelp.

I høringsnotatet til endringen av Prioriteringsforskriften § 1 påpekes det at formuleringene «helt nødvendig» og «ikke kan vente» skal begrense retten til helsehjelp til å gjelde de «mest alvorlige og tidskritiske helsetilstandene»<sup>130</sup>. Departementet legger til grunn en tidsramme på tre uker etter første kontakt med helsevesenet.<sup>131</sup> I høringsnotatet vises det til at to til tre uker bør kunne gi vedkommende tilstrekkelig tid til å reise hjem<sup>132</sup>. Hvis det er nødvendig med behandling innenfor dette tidsrommet, har vedkommende rett til helsehjelp.<sup>133</sup> Det vises også til at formuleringen «helt nødvendig» omhandler situasjoner der helsetilstanden i løpet av kort tid vil utvikle seg til en øyeblikkelig hjelp situasjon dersom den nødvendige helsehjelpen ikke gis<sup>134</sup>.

Vurderingen av hvilke helsetilstander som «ikke kan vente» må skje ut i fra en individuell faglig medisinsk vurdering<sup>135</sup>. I høringsnotatet og rundskrivet til endringene i Prioriteringsforskriften er det gitt eksempler på tilstander som faller inn under «ikke kan vente» -kategorien. Eksempler som nevnes er truende hjerteinfarkt, brannskader grad 3 og kreft i terminal stadium.<sup>136</sup> Tilstander som dermed vil falle utenfor vil blant annet være kreft i et tidlig stadium, behandling av magesår, infeksjoner og betennelser.

---

<sup>130</sup> Høringsnotat s. 10

<sup>131</sup> Foredrag til forskrift (2011), s. 1

<sup>132</sup> Høringsnotat s. 10

<sup>133</sup> Foredrag til forskrift (2011), s. 1

<sup>134</sup> Høringsnotat s. 10.

<sup>135</sup> Foredrag til forskrift (2011), s. 2

<sup>136</sup> Høringsnotat s. 10 og Rundskriv I-2011-5 s. 11-12

Det er som tidligere nevnt lagt til grunn en tidsramme på tre uker<sup>137</sup>. For personer uten lovlig opphold vil dette i mange tilfeller være lite relevant. Mange personer i denne gruppen har ikke muligheten til å reise hjem. For enkelte har også Norge blitt deres hjem. Begrensningen til tre uker vil i mange tilfeller kunne medføre at helsetilstander som i utgangspunktet ikke krever lang eller omfattende behandling, utvikler seg til en større helserisiko. Dessuten kan muligheten for positive behandlingsresultater minskes. Det er alminnelig kjent at for eksempel behandling av kreft på et tidlig stadium øker sannsynlighet for helbredelse enn behandling av kreft i terminal stadium.

Som tidligere nevnt er det et vilkår i Helseforskriften § 5 bokstav a at helsehjelpen «ikke kan vente». Forskriften oppstiller fire alternative tilleggsvilkår. Det er ikke et krav om at et av de fire tilleggsvilkårene er oppfylt, men det må være «fare for» dette. Forskriften oppstiller ingen definisjon av hva som ligger i disse tilleggsvilkårene, men det gis konkrete eksempler i rundskrivet og høringsnotatet.<sup>138</sup>

Det første vilkåret er som nevnt «nært forestående død». Det vil si at helsetilstanden er truende. Eksempler på dette kan være hjerteinfarkt eller hjerneblødning.<sup>139</sup>

Det andre vilkåret i forskriften § 5 første ledd bokstav a er «varig nedsatt funksjonstilstand». Med uttrykket «nedsatt funksjonstilstand» er i NOU 1997:18 vist til en vurdering av om pasientens mulighet til å utføre sine vanlige gjøremål i hverdagen. Eksempler som gis er skolegang, husarbeid og arbeidsmuligheter. Gjøremålene og aktivitetene skal normalt være gjennomførbare for pasienter i denne aldersgruppen. Med «varig» siktes det først og fremst til at tilstanden ikke vil bli forbedret uten helsehjelp.<sup>140</sup> Eksempler på dette kan være ischias. Denne lidelsen kan føre til inkontinens og lammelser i deler av kroppen.<sup>141</sup>

---

<sup>137</sup> Rundskriv I-2011-5 s. 10

<sup>138</sup> Høringsnotat s. 11 og Rundskriv I-2011-5 s. 8

<sup>139</sup> Høringsnotat s. 10

<sup>140</sup> NOU 1997:18 s. 24

<sup>141</sup> Høringsnotat s. 11

Tredje alternativ er «alvorlig skade». Det er verken i høringsnotatet eller rundskrivet gitt noen definisjon av hva som faller inn under dette vilkåret. I rundskrivet nevnes «brannskade grad 3» som eksempel på «alvorlig skade».

Det fjerde alternativet i forskriften § 5 bokstav a er at behandling ikke kan vente uten fare for «sterke smerter». I forarbeidene til Prioriteringsforskriften vises det til at en indikator på «sterke smerter» er at pasienten får en nedsatt evne til å utføre «dagliglivets alminnelige aktiviteter», som eksempelvis å ta vare på personlig hygiene, kle på seg, søvn og lage mat. Det kan også være en indikator at pasienten mister helt eller får nedsatt evne til å utføre sitt arbeid.<sup>142</sup>

I vurderingen av om helsehjelp skal gis skal i utgangspunktet den nevnte tre ukers fristen legges til grunn. Har helsepersonell sikker kunnskap om at pasienten vil forlate landet tidligere enn dette, skal den faktiske utreisedatoen legges til grunn i vurderingen av om helsehjelp kan vente eller ikke. Det fremgår av høringsnotatet at dette skal tas med som et moment i bedømmelsen av om helsehjelpen kan vente til pasienten ankommer hjemlandet. Det kan være aktuelt å vente med behandling blant annet hvis den medisinske nytten avhenger av at behandlingen fullføres, og pasienten forlater landet før dette.<sup>143</sup> Det bemerkes likevel at helsepersonell ikke har noen plikt til å undersøke når utreise skal skje.<sup>144</sup> Den norske legeforening bemerket i sitt hørings svar at personer uten lovlig opphold i stor grad oversitter utreisefristen.<sup>145</sup> De forlater sjelden landet tidligere. Dette kan medføre at de faktisk ikke får den helsehjelpen de har krav på.

Det settes som vilkår for retten til nødvendig helsehjelp at pasienten har «forventet nytte» av helsehjelpen, se pasrl. § 2-1b andre ledd andre setning. I Prioriteringsforskriften § 2 tredje ledd er «forventet nytte» av helsehjelpen definert som at det foreligger god dokumentasjon på at pasientens livslengde eller livskvalitet vil bli forbedret med en viss varighet ved hjelp av aktiv medisinerings eller tverrfaglig spesialisert behandling. Det kan også foreligge «forventet

---

<sup>142</sup> NOU 1997:18 s. 24

<sup>143</sup> Høringsnotat s. 10

<sup>144</sup> Rundskriv I-2011-5 s. 8

<sup>145</sup> Den norske legeforening (2011), s. 4

nytte» dersom pasientens tilstand vil bli forverret uten behandling, eller at behandlingsmuligheten vil forspilles ved utsettelse av behandlingen. Syse betegner dette som et krav om «kunnskapsbasert medisin», og at dette er et faglig strengt krav. Syse påpeker at vilkåret om «forventet nytte» kan være overflødig på bakgrunn av at det er et vilkår om at helsehjelpen skal være «nødvendig». Dersom det ikke kan forventes nytte av helsehjelpen vil den heller ikke være «nødvendig».<sup>146</sup> For personer uten lovlig opphold vil krevet om «forventet nytte» ha mindre relevans, fordi vilkårene for å oppnå en rett til «helt nødvendig» helsehjelp allerede er strenge. I det at helsehjelpen «ikke kan vente» må det nødvendigvis tolkes inn et krav om at helsehjelpen også er nyttig.

Det er videre et vilkår at kostnadene ved tiltaket må stå i «rimelig forhold» til effekten, jf. pasrl. § 2-1b andre ledd andre setning. Vilkaåret blir gjerne omgjort til et spørsmål om behandlingen er kostnadseffektiv. Dette er forutsatt å gjelde også for personer uten lovlig opphold.<sup>147</sup> Det fremstår som noe paradoksalt, i og med at det ikke foreligger noen finansieringsordning for personer uten lovlig opphold, noe som betyr at de må dekke kostnadene for helsehjelpen selv. På den andre side kan det tenkes å være uforsvarlig av helsepersonell eller helseinstitusjon å igangsette svært kostnadskrevende behandling med minimal effekt.

Syse viser til at kravet om kostnadseffektivitet er nyttig som et virkemiddel for fordelingen av helsetjenester mellom pasienter, og som vurderingsmoment i valget mellom ulike behandlingsalternativ. Han er derimot tvilsom til at en pasient kan få sin rett begrenset på grunn av at behandlingen ikke er kostnadseffektiv, særlig med tanke på at behandlingen allerede har blitt vurdert til å ha forventet nytte, være forsvarlig og være godt dokumentert.<sup>148</sup>

Retten til nødvendig helsehjelp etter pasrl. § 2-1 b andre ledd må altså avgjøres ut i fra en sammensatt vurdering hvor avgjørende momenter er tilstandens alvorlighet, muligheten til forbedring av helsetilstanden ved behandling og hvorvidt behandlingen er kostnadseffektiv. Vekten av de forskjellige momentene vil være relativ.<sup>149</sup> Til illustrasjon vil det i tilfeller der

---

<sup>146</sup> Syse (2009), s. 215

<sup>147</sup> Høringsnotat s. 12

<sup>148</sup> Syse (2009), s. 216

<sup>149</sup> Syse (2009), s. 216



den forventede nytten anses som svært sannsynlig, gis helsehjelp selv om helsetilstanden er mindre alvorlig. Motsatt vil det være dersom prognosene for forbedring er lav. Da vil det stilles strengere krav til helsetilstandens alvorlighet.

Siden Helseforskriften § 5 første setning kun viser til pasrl. § 2-1b andre ledd første og andre punktum, betyr det at personer uten lovlig opphold ikke har krav på å få fastsatt en frist for når behandlingen senest skal bli gitt etter pasrl. § 2-1 b andre ledd tredje punktum. De har heller ikke rett til helsehjelp fra privat tjenesteyter eller i utlandet, verken på grunnlag av oversittet frist eller manglende tilbud i riket, jf. pasrl. § 2-1b fjerde og femte ledd. Fristen for denne pasientgruppen blir da i praksis tre uker. Siden de kun har rett til øyeblikkelig eller helt nødvendig helsehjelp, antar vi at fristen for behandling uansett ikke ville overskredet tre uker. Det kan derfor se ut til at manglende rett til fastsetting av frist ikke vil ha særlig praktisk betydning for disse pasientene. På den andre siden vil en slik frist gi en korresponderende plikt for fastsetting av frist for behandling for spesialisthelsetjenesten.<sup>150</sup> Syse skriver at når pasienten har fått en slik frist, oppstår det samtidig «et rettslig krav på oppfyllelse».<sup>151</sup> Dette innebærer at pasienten kan klage til HELFO Pasientformidling dersom fristen oversettes av spesialisthelsetjenesten. HELFO Pasientformidling skaffer da pasienten behandling i utlandet eller av private aktører, jf. pasrl. § 2-1b fjerde ledd. Slik sett vil manglende rett til fastsetting av frist for pasienter uten lovlig opphold likevel kunne gi konsekvenser.

Preventive tiltak, rehabilitering og etterfølgende behandling anses for å falle utenfor retten til helt nødvendig helsehjelp. Det er kun tiltak som kan forhindre de etterfølgende konsekvensene som nevnes i Helseforskriften § 5 bokstav a som omfattes av retten. Departementet har imidlertid pekt på at slike preventive og rehabiliterende behandlinger også kan omfattes, men at dette avhenger av en vurdering av om slik behandling «ikke kan vente».<sup>152</sup> Til illustrasjon kan det tenkes at en diabetiker får føling. Under selve følingen vil Helseforskriften § 3 om øyeblikkelig helsehjelp gjelde. I ettertid vil pasientens behov for insulin kunne komme inn under preventive tiltak som «ikke kan vente».

---

<sup>150</sup> Prop.118 L (2012-2013), s. 103

<sup>151</sup> Syse (2004), s. 218

<sup>152</sup> Foredrag til forskrift (2011), s. 2

Legeforeningen fremhever at det for helsearbeiderne kan være vanskelig å skille mellom helsehjelp som er nødvendig etter pasrl. § 2-1 a andre ledd og § 2-1b andre ledd, og helsehjelp som er helt nødvendig og «ikke kan vente» etter forskriften § 5.<sup>153</sup>

Warberg understreker at det ikke foreligger noe forbud mot å yte helsehjelp, selv om personen ikke har rett til helsehjelpen i den aktuelle situasjonen. Han påpeker at det neppe er noen sanksjoner som kan rettes mot helsearbeideren.<sup>154</sup> I utlendingsloven<sup>155</sup> § 108 fjerde ledd er det bestemt at den som yter humanitær bistand til personer uten lovlig opphold, som hovedregel ikke kan straffes for medvirkning til ulovlig opphold. Unntak gjelder dersom den som har ytt helsehjelpen har hatt til hensikt å unndra utlendingen fra sin plikt til å forlate landet, eller hvis hjelpen har vanskeliggjort myndighetenes mulighet til utsendelse.

### **3.4 Retten til psykisk helsevern**

Som tidligere nevnt omfatter retten til helsehjelp som er «helt nødvendig» og som «ikke kan vente» også retten til psykisk helsehjelp, jf. Helseforskriften § 5 bokstav a første setning. Dersom personen er «psykisk ustabil» og «utgjør en nærliggende og alvorlig fare» for sitt eget eller andres liv og helse har den enkelte uansett rett til psykisk helsevern, jf. Helseforskriften § 5 bokstav a andre setning. Retten gjelder både frivillig og tvungen psykisk helsevern. Departementet presiserer at dersom det er aktuelt med tvungent psykisk helsevern må også de øvrige vilkårene i psykiskhelsevernloven kapittel 3 foreligge.<sup>156</sup>

Vi har ikke lyktes i å finne eksempler på psykiske lidelser som omfattes av § 5 a første setning. Vi kan imidlertid tenke oss at en klinisk depresjon vil kunne utgjøre en fare for varig sterkt nedsatt funksjonstilstand. En slik depresjon kan gjøre det vanskelig å foreta daglige gjøremål, som renhold, søvn, ta vare på barn, matlaging og lignende. Det kan være vanskelig å overkomme en klinisk depresjon uten helsehjelp. I lys av bakgrunnen og livssituasjonen for personer uten lovlig opphold, som ofte preges av konfliktfylt forhistorie, usikkerhet og stress,

---

<sup>153</sup> Den norske legeforeningen (2011), s. 3

<sup>154</sup> Warberg (2009), s. 130

<sup>155</sup> Lov om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven) av 15. mai 2008 nr. 35

<sup>156</sup> Høringsnotat s. 15

kan dette være særlig vanskelig. Disse pasientenes krevende forhistorie kan også medføre en høyere hyppighet av posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Kirkens Bymisjon peker på at mange av disse har blitt eksponert for traumatiske opplevelser både i hjemlandet og under reisen derifra.<sup>157</sup> Slike psykiske traumer kan utløse PTSD. PTSD og depresjon følger ofte hverandre.<sup>158</sup>

Det første vilkåret i Helseforskriften § 5 bokstav a andre setning er at vedkommende er «psykisk ustabil». Forskriften gir ingen nærmere definisjon av hva som ligger i uttrykket «psykisk ustabil». Verken høringsnotatet eller retningslinjene går nærmere inn i hva som ligger i uttrykket. Uttrykket «psykisk ustabil» kan romme en mengde psykiske lidelser. Sett i sammenheng med tilleggsvilkåret om at vedkommende må utgjøre en «nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse», kan det se ut til at den psykiske lidelsen må være av en viss alvorlighetsgrad.

For tolkningen av tilleggsvilkåret som nevnt ovenfor, viser departementet til at psykisk helsevernloven<sup>159</sup> § 3-3 nr. 3 bokstav b, farekriteriet, skal legges til grunn så langt det passer i vurderingen av om vilkåret er oppfylt. Vilket om fare i dennes bestemmelsen gjelder fare for menneskers liv og helse. Materielle skader er ikke tilstrekkelig, uansett omfang.<sup>160</sup> Syse fremhever at begge farekriteriene skal vurderes konkret. Det må i tillegg foreligge et objektivt grunnlag for å vurdere om det foreligger en slik fare.<sup>161</sup> I forarbeidene til psykisk helsevernloven er det presisert at fare for seg selv ikke bare omfatter fare for selvmord eller selvskading, men også fare for at vedkommende vil lide overlast på en slik måte at det kan være fare for helse eller liv.<sup>162</sup> I høringsuttalelsen til endringene i Prioriteringsforskriften § 1 ble det understreket at det må foreligge konkrete holdepunkter for farevurderingen, og at faren for skade

---

<sup>157</sup> Kirkens Bymisjon (2013), s.10

<sup>158</sup> Store Medisinske Leksikon

<sup>159</sup> Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 2. juli 1999 nr. 62 (phlsvl.)

<sup>160</sup> Syse (2007), s. 81

<sup>161</sup> Syse (2007), s. 82

<sup>162</sup> Ot.prp. nr. 11 (1998-1999), s. 155

må være mer enn kun det «bagatellmessige». Vurderingen av hva som utgjør en «fare» må være faglig forsvarlig.<sup>163</sup>

Høyesterett har i Rt. 2001 s. 1481 gjort det klart at vilkåret om at faren må være «nærliggende» ikke viser til en bestemt tidsramme. Det avgjørende vil være om faren på tidspunktet for avgjørelsen fremstår som «reell og kvalifisert». Høyesterett fremhever likevel at tidsmomentet vil kunne få betydning ved vurderingen av farens påregnelighet. Jo lengre frem i tid, desto mindre påregnelig er faren.

Farekriteriet omfatter både fare eget og andres liv og helse. Dette belyser at regelen bygger på to ulike hensyn. Fare for eget liv og helse-kriteriet ivaretar beskyttelsen av enkeltindividet mot seg selv. Hensynet bak fare for andres liv og helse-kriteriet er beskyttelsen av samfunnet.

Vilkåret om at det må foreligge en «nærliggende og alvorlig fare» for at personer uten lovlig opphold skal få rett til frivillig psykisk helsevern, er et strengere vilkår enn samtykkekravet som gjelder etter phlsvl. § 2-1 første ledd. Personer uten lovlig opphold har imidlertid også rett til psykisk helsevern selv om vedkommende ikke utgjør en fare. Retten til psykisk helsevern vil da følge av forskriften § 5 bokstav a første setning, men også her er vilkårene strenge, jf. «helt nødvendig» og «ikke kan vente».

I tilfeller hvor det etter en faglig vurdering fremstår som nødvendig med tvungent psykisk helsevern etter Helseforskriften § 5 bokstav andre setning, må det i tillegg vurderes om vilkårene i phlsvl. § 3-3 foreligger.

Syse fremhever at for tvungent psykisk helsevern er hovedkriteriet at det må foreligge en «alvorlig sinnslidelse».<sup>164</sup> I forarbeidene til psykisk helsevernloven vises det til at «alvorlig sinnslidelse» er et rettslig begrep som ikke er en egen psykiatrisk diagnose. Videre bemerkes det at begrepet kan kobles til «psykose» uten at det behøver å begrense seg til kun dette. Ved vurderingen av om det foreligger en «alvorlig sinnslidelse» skal man se på et helhetsbilde av

---

<sup>163</sup> Høringsnotat s. 15

<sup>164</sup> Syse (2007), s.79

pasientens tilstand. Ikke bare sykdomstilstanden, men også hvilke følger sykdomstilstanden medfører, skal vurderes.<sup>165</sup> Syse fremhever at det må foreligge en «aktiv psykose».<sup>166</sup>

Høyesterett har i Rt. 1993. 249 slått fast at psykosen også foreligger i perioder uten symptomer, dersom den symptomfrie perioden har sammenheng med medisinerer eller behandling. Grunnlidelsen er fremdeles til stede, selv om symptomene er medisinert bort. Et eksempel på dette kan være personer som lider av schizofreni.

Selv om alle de andre vilkårene i paragrafen er oppfylt, skal det gjøres en helhetsvurdering før tvungent psykisk helsevern kan bli gjennomført, jf. phlsvl. § 3-3 første ledd nr. 6. Etter denne helhetsvurderingen må helsehjelpen framstå som «den klart beste løsningen» for pasienten, med mindre pasienten utgjør en «nærliggende og alvorlig fare» for andres liv.

I tillegg til vilkårene som er drøftet ovenfor, oppstiller phlsvl. § 3-3 et vilkår om at frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt uten at dette har ført fram, eller at det er åpenbart formålsløst å forsøke, se § 3-3 nr. 1. Bestemte prosessuelle vilkår må dessuten oppfylles før tvungent psykisk helsevern kan vedtas. Disse vilkårene vil ikke bli nærmere behandlet i denne oppgaven.

Utover vilkåret om «alvorlig sinnslidelse» må det foreligge ett av to tilleggsvilkår; behandlingskriteriet eller farekriteriet etter phlsvl. § 3-3. Etter behandlingskriteriet i § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a må pasienten få sin mulighet til forbedring eller helbredelse av helsetilstanden betydelig redusert, eller det må foreligge stor sannsynlighet for at pasienten i meget nær fremtid får sin helsetilstand vesentlig forverret. I Helseforskriften § 5 første ledd bokstav a andre punktum inneholder bare farekriteriet. Dette må tolkes dithen at det kun er ved fare eget eller andres liv og helse at vedkommende har en ubetinget rett til psykisk helsevern. I tilfeller hvor bare behandlingskriteriet er aktuelt, må paragrafens bokstav a første punktum brukes, og vurderingen blir om vilkårene her foreligger.

Det kan settes spørsmålsteget ved Helseforskriften § 5 bokstav a sin virkning rent praktisk. Det kan være vanskelig å få oversikt over personer som oppholder seg ulovlig i landet, og

---

<sup>165</sup> Ot.prp. nr. 11 (1998-1999), s. 154

<sup>166</sup> Syse (2007), s. 79

som har behov for psykisk helsevern. De har ikke rett til annet enn en vurdering fra spesialisthelsetjenesten etter Helseforskriften § 1, og kun rett til helt nødvendig helsehjelp ellers. Det fremheves likevel i høringsnotatet til endringene til Prioriteringsforskriften § 1 at selv om det kan være problematisk å finne frem til disse personene, er det viktig at gjøres klart at denne pasientgruppen har rett til helsehjelp.<sup>167</sup> Særlig påpekes sannsynligheten for at mange av dem som oppholder seg ulovlig i landet kommer fra land hvor de har blitt utsatt for traumer. I mange tilfeller vil dette kunne føre til psykiske lidelser, og med tanke på dette er det særlig viktig å fremheve at denne gruppen har rett til psykisk helsevern.<sup>168</sup>

### 3.5 Retten til smittevernhjelp

Enhver som oppholder seg i riket har rett til helsehjelp etter Smittevernloven<sup>169</sup> § 6-1, jf. forskriften § 5 første ledd bokstav d.

«Enhver» rett til «nødvendig smittevernhjelp» etter smittel. § 6-1 første ledd. Smittevernlovens virkeområde fremgår av smittel. § 1-2, som gjør det klart at lovens regler om tiltak og tjenester gjelder «for enhver som oppholder seg i Norge». Det skilles med andre ord ikke mellom personer med og uten lovlig opphold. Retten til «nødvendig smittevernhjelp» anses som å falle inn under retten til nødvendig helsehjelp i pasrl. § 2-1 a første ledd og annet ledd og § 2-1 b første og annet ledd. I tillegg til «nødvendig smittevernhjelp» inneholder smittel. § 6-1 andre ledd en «forsterket rettighetsregel» som gjelder allmennfarlige smittsomme sykdommer.<sup>170</sup>

Det slås fast at enhver pasient har rett til «nødvendig smittevernhjelp», se smittel. § 6-1 første ledd. Innholdet i rettigheten fremgår av paragrafens andre ledd.

Det skilles mellom to forskjellige typer pasienter som har rettigheter etter smittel. § 6-1.

Den første gruppen er dem det er «grunn til å anta er i fare» for å bli smittet, og den andre gruppen er dem som allerede er «smittet» av en allmennfarlig smittsom sykdom. Felles for disse to gruppene er at de har rett til nødvendig undersøkelse og behandling. Warberg under-

---

<sup>167</sup> Høringsnotat s. 15

<sup>168</sup> Høringsnotat s. 15

<sup>169</sup> Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven) av 5. august 1994 nr. 55 (smittel.)

<sup>170</sup> Warberg (2009), s. 289

streker at rettighetene etter denne bestemmelsen dermed favner videre enn andre typiske pasientrettigheter, siden også de som kun er «i fare» for å bli smittet har en sterk rett etter denne bestemmelsen.<sup>171</sup> De rettighetene som er gitt etter smittel. § 6-1 andre ledd kan ikke avskjæres med den begrunnelse at det ikke er dekning til utgiftene på vedtatte budsjetter. Dette vil på mange områder medføre at en pasient etter smittevernloven har sterkere og tydeligere rettigheter enn andre typer pasienter.<sup>172</sup>

Smittel. § 1-3 nr. 1 inneholder en legaldefinisjon av hva som ligger i ordet «smittsom sykdom». Etter denne definisjonen er en smittsom sykdom en sykdom eller smittebærende tilstand som er «forårsaket av en mikroorganisme (smittestoff) eller del av slik mikroorganisme eller av en parasitt som kan overføres blant mennesker». En sykdom som er forårsaket av «gift (toksin) fra mikroorganismer» regnes også som en smittsom sykdom. En «allmenfarlig smittsom sykdom» er definert i smittel. § 1-3 nr. 3 som en «særlig smittsom» sykdom, en sykdom som kan «opptre hyppig», som har «høy dødelighet» eller som kan gi «alvorlige eller varige skader». Med hjemmel i smittel. § 1-3 er det gitt en forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer<sup>173</sup>. I denne forskriften § 1 er det listet opp en rekke sykdommer som skal regnes som «allmennfarlige smittsomme sykdommer». Helsedirektoratet peker på at Hepatitt B og C, HIV og tuberkulose er blant sykdommene med hyppig forekomst blant flykninger og asylsøkere.<sup>174</sup>

Som tidligere nevnt er det i smittel. § 6-1 andre ledd gitt visse rettigheter til den som kan antas å være i fare for å være smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom. I følge forarbeidene til smittevernloven skal denne bestemmelsen tolkes slik at den bare gjelder personer som står overfor en «konkret fare for å bli smittet». En «konkret fare» vil kunne være dersom pasienten har hatt seksuell kontakt med en HIV-smittet person, eller for eksempel personer som kan ha drukket vann smittet med Hepatitt A-virus<sup>175</sup>. Siden faren må være konkretisert, er for eksempel det å ha tatt offentlig transport ikke tilstrekkelig for å kunne fastslå en «grunn til å anta» at man er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom. Det fremheves likevel i forarbeidene

---

<sup>171</sup> Warberg (2009), s. 289

<sup>172</sup> Warberg, (2009), s. 290

<sup>173</sup> Forskrift 1. januar 1995 nr. 100 om allmennfarlige smittsomme sykdommer.

<sup>174</sup> Helsedirektoratet (2010), s. 32

<sup>175</sup> Nettdoktoren – Hepatitt A (2000)

at kravet til fare skal være «forholdsvis lavt».<sup>176</sup> Det vil være tilstrekkelig at man for eksempel bor sammen med personer som er smittet av tuberkulose.<sup>177</sup> Det at faremomentet er lavt fremgår også ved at det i lovens ordlyd er begrepet «grunn til å anta» som er brukt. Selv om det foreligger en viss tvil vedrørende om vedkommende er smittet eller ikke, får personen rett til helsehjelp etter smittel. § 6-1 andre ledd første punktum. Legeforeningen fremhever viktigheten av at også personer uten lovlig opphold har rett til smittevern hjelp fordi det nettopp er «grunn til å anta» at en stor del av denne pasientgruppen kommer fra deler av verden hvor både HIV og tuberkulose er særlig utbredt. Dessuten er disse ofte underdiagnostiserte.<sup>178</sup>

Det sterke smittevernet begrunnes i forarbeidene til smittevernloven med de «allmenne smittevern hensynene». Dersom det foreligger tvil om det er grunn til å anta at noen står i fare for å bli smittet, skal tvilen komme pasienten til gode.<sup>179</sup> Som det fremgår av ordlyden i smittel. § 6-1 andre ledd første punktum er det en «faglig vurdering» som skal ligge til grunn for bedømmelsen av om det er «grunn til å anta» at en person står i fare for å bli smittet. I forarbeidene er det også fremhevet at uttrykket «i fare» også omfatter personer som er i nær kontakt med personer som er smittet av en smittsom sykdom. Her vil særlig retten til informasjon være viktig herunder særlig informasjon om hvordan å unngå eller å minske risikoen for selv å bli smittet.

Personer som er i fare for å bli smittet, har rett til å få vaksinasjon, informasjon og «annen nødvendig forebyggende hjelp», jf. smittel. § 6-1 andre ledd første setning. Hva som ligger i dette kriteriet, må vurderes konkret ut i fra hvilken allmennfarlig smittsom sykdom det dreier seg om. Et forebyggende tiltak kan være å lære nærstående til en smittet person hvordan de selv skal unngå eller forebygge smitte. Det fremgår av forarbeidene at de forebyggende tiltakene som er nevnes i første punktum ikke er ment å være uttømmende, og andre forebyggende tiltak kan også vurderes dersom dette anses som å være fornuftig for å forhindre smitte.<sup>180</sup>

---

<sup>176</sup> Ot.prp. nr. 91 (1992-1993), s. 165

<sup>177</sup> Nettdoktoren – Tuberkulose (2000)

<sup>178</sup> Den norske legeforeningen (2013)

<sup>179</sup> Ot.prp. nr. 91 (1992-1993), s. 165

<sup>180</sup> Ot.prp. nr. 91 (1992-1993), s. 166



Som nevnt tidligere har personer uten lovlig opphold rett til vurdering.<sup>181</sup> Denne retten til vurdering kan være særlig viktig for å vurdere om det er «grunn til å anta» at en person er smittet av en smittsom sykdom. Denne gruppen har som nevnt ikke rett til fastlege, og dette kan gjøre det vanskelig for dem å komme i kontakt med helsevesenet. De må da basere seg på kontakten de får ved besøk hos legevakt eller andre frivillige og åpne klinikker, og dette er ikke en tilfredsstillende løsning. Folkehelseperspektivet tilsier at staten i slike tilfeller har et særlig ansvar, og dette er et ytterligere argument for å gjøre denne gruppens rett til vurdering til en reell rettighet.

En «smittet person» har rett til «medisinsk vurdering og utredning», «behandling», «pleie» og «annen nødvendig smittevern hjelp» etter smittel. § 6-1 andre ledd andre punktum.

En «smittet person» defineres i smittel. § 1-3 nr. 2 som en person som har en smittsom sykdom som nevnt i § 1-3 nr. 1. Som smittet person regnes også den som det etter en faglig vurdering er «grunn til å anta» er smittet, jf. § 1-3 nr. 1 siste setning.

Første og andre punktum i smittel. § 6-1 andre ledd skiller altså mellom situasjoner der det er grunn til å anta at en person er i fare for å bli smittet (første punktum), og der det er grunn til å anta at en person er smittet (andre punktum).

Retten til utredning og vurdering må først og fremst betraktes som en rett til å få klarlagt om personen faktisk er smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom. Behandling, pleie og annen nødvendig smittevernhjelp vil først igangsettes dersom det er slått fast at en person er smittet. Behandlingen av en allmennfarlig smittsom sykdom kan ta lang tid å behandle. For personer uten lovlig opphold må folkehelseperspektivet tilsi at behandling igangsettes med en gang smitte er oppdaget, uten hensyn til utreisedato, selv om behandlingen i utgangspunktet tar lang tid. Ohnstad fremhever at smittevernloven skal motvirke og forebygge at smittsomme sykdommer overføres i befolkningen. Hun understreker at dette også innebærer å motvirke at smittsomme sykdommer blir ført inn og ut av Norge.<sup>182</sup>

En særlig vanskelig problemstilling ved dagens ordning er å «oppdage» personer som er smittet med allmennfarlige smittsomme sykdommer. Ofte vil personer uten lovlig opphold vegre

---

<sup>181</sup> Se oppgavens punkt 3.1

<sup>182</sup> Ohnstad (2013), s. 345

seg mot å ta kontakt med helsepersonell i frykt av å bli meldt til politiet. Dessuten mangler mange kunnskap om hvordan de skal komme i kontakt med helsepersonell.

### **3.6 Særlig om kvinners rettigheter**

I Helseforskriften er det gitt bestemmelser som gir kvinner særlige rettigheter. Disse rettigheten gjelder ved graviditet og fødsel. Dette fremgår av forskriften § 5 første ledd bokstav b og c. Etter bokstav b har kvinner rett til nødvendig helsehjelp før og etter fødsel.

I forskriften § 5 bokstav c gis kvinner rett til svangerskapsavbrudd etter reglene i abortloven<sup>183</sup>.

#### **3.6.1 Rett til nødvendig helsehjelp før og etter fødsel.**

Kvinner har rett til nødvendig helsehjelp før og etter fødsel etter Helseforskriften § 5 første ledd bokstav b. Det følger av helse og omsorgsloven § 3-1 jf. § 3-2 nr. 2 at det er kommunens ansvar å tilby svangerskaps- og barselomsorgstjenester. Denne retten skal tolkes i lys av barnekonvensjonens art. 25 nr. 2 bokstav a og d, som pålegger statene å treffe særlige tiltak med tanke på å redusere spedbarns- og barnedødeligheten (bokstav a) og sikre «egnet helseomsorg» for mødre før og etter fødselen. Etter kvinnekonvensjonen art. 12 har staten også påtatt seg å sørge for at kvinner får «hensiktsmessig, og om nødvendig gratis, tjenestetilbud i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel ...».

Det fremgår av høringsnotatet til endring i Prioriteringsforskriften at departementet mener at alle kvinner som oppholder seg i riket skal ha lik adgang til helsehjelp under svangerskapet, og under og etter fødselen. Retten til helsehjelp under selve fødselen vil følge av retten til øyeblikkelig helsehjelp.<sup>184</sup> I Rundskrivet skal gjeldende retningslinjer om svangerskapskontroll og etterfølgende oppfølging fra Helsedirektoratet legges til grunn også når det gjelder kvinner uten lovlig opphold.<sup>185</sup> Etter de gjeldende retningslinjene skal friske kvinner i et normalt svangerskap til og med uke 40 ha åtte svangerskapskontroller, inkludert ultralydundersøkelse i svangerskapsuke 17-19. Etter uke 41 bør det vurderes overtidsbehandling. Det skal

---

<sup>183</sup> Lov om svangerskapsavbrudd [abortloven] 13. juni 1975 nr. 50

<sup>184</sup> Høringsnotat s. 13

<sup>185</sup> Rundskriv I-2011-5 s. 8

også vurderes om fosterdiagnostikk skal foretas.<sup>186</sup> WHO anbefaler fire svangerskapskontroller i løpet av en graviditet.<sup>187</sup>

Departementet har i høringsuttalelsen til endringen i Prioriteringsforskriften vurdert om det bør være et skille mellom kvinner som har fast opphold i riket og kvinner som ikke har fast opphold i med tanke på antall svangerskapskontroller som bør gis. De konkluderer med at dette vil medføre en «todeling» som vil bli vanskelig å gjennomføre i praksis. Denne todelingen vil bety mer arbeid for helsepersonell, økt ressursforbruk og den vil øke faren for feil. Departementet lander til slutt på at det skal gis lik rett til svangerskapskontroll for alle som oppholder seg i Norge. Det påpekes også at dersom det foreligger komplikasjoner under svangerskapet vil dette gi kvinnen rett til nødvendig helsehjelp for å forhindre følgene av dette. Det vil være kommunens ansvar å sørge for at alle kvinner som oppholder seg i kommunen får muligheten til å få denne nødvendige helsehjelpen.<sup>188</sup>

I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 kan svangerskapstjenester utføres av fastleger og jordmødre.<sup>189</sup> Det er på det rene at personer uten lovlig opphold ikke har rett til fastlege. Spørsmålet blir så hvordan gjennomføringen av denne helsehjelpen skjer i praksis for denne gruppen.

### **3.6.2 Retten til svangerskapsavbrudd**

Det generelle utgangspunktet er at kvinner i Norge har rett til selvbestemt abort til og med uke 12 i svangerskapet, jf. abortloven § 2 andre ledd. I Helseforskriften § 5 bokstav c gis kvinner uten fast opphold rett til selvbestemt abort etter reglene i abortloven 13. juni 1975 nr. 50.

Det er de regionale helseforetakene som har ansvar for at kvinnen innen deres helseregion til enhver tid skal ha muligheten til å utføre svangerskapsavbrudd innen den ovennevnte fristen, jf. abortloven § 14. I abortlovens § 14 vises det til spesialisthelsetjenesten § 2-1a. I denne bestemmelsen er det vilkår at personen har fast bopel eller oppholdssted i helseregionen. Det blir

---

<sup>186</sup> Sosial- og Helsedirektoratet (2005), s. 29

<sup>187</sup> WHO's anbefalinger om svangerskapskontroll s. 13

<sup>188</sup> Høringsnotat s. 13

<sup>189</sup> Prop.91 L (2010-2011), s. 488

med andre ord oppstilt et krav om bosted i landet, noe som vil si at kvinner uten lovlig opphold i utgangspunktet faller utenfor. Dette understrekes også i høringsnotatet.<sup>190</sup> Retten til svangerskapsavbrudd etter § 2 er en rettighet som står på egne ben. Det er derfor tilsynelatende en indre motsetning i loven mellom retten til selvbestemt abort på den ene siden og kravet om bosted på den andre.

Ifølge Warberg kan man si at abortloven inneholder tre typer rettigheter til kvinner som ønsker abort. Den første rettigheten kaller han «abortrettigheten», det vil si retten til å utføre svangerskapsavbrudd, se abortloven § § 2, 5 og 14. Den andre rettigheten er etter hans mening en «selvbestemmelsesrett». Det er kvinnen som har retten til å bestemme om hun ønsker å utføre abort innen utgangen av uke 12 i svangerskapet, se abortloven § 2 andre ledd og abortforskriften § 3 første ledd.<sup>191</sup> Den tredje rettigheten er retten til nødvendig helsehjelp ved utføringen av svangerskapsavbrudd, se sphlsl. § 2-1a, pasrl. § 2-1b og abortloven § 14.<sup>192</sup>

Etter lovens § 2 andre ledd har kvinnen rett til selvbestemt abort innen utgangen av uke 12 i svangerskapet, med mindre tungtveiende grunner taler imot. Unntaket fra selvbestemmelsesretten ved «tungtveiende grunner» er et strengt legeskjønn, og det skal svært mye til før legen kan nekte kvinnen abort.<sup>193</sup> Abortinngrepet må utføres i samsvar med forsvarlighetskravet i hlspl. § 4 og sphlsl. § 2-2. Før avgjørelsen blir tatt, har kvinnen rett til nødvendig informasjon og veiledning om bistand som samfunnet kan yte henne, se § 2 første ledd. Den biologiske faren til fosteret har ingen rettigheter etter abortloven.

Warberg fremhever at retten til abort er en særskilt pasientrettighet, siden den abortsøkende ikke er pasient i vanlig forstand. Hun er verken syk eller skadet. Hun faller likevel inn under pasientbegrepet i pasrl. § 1-3, og dermed vil pasientrettighetslovens øvrige regler gjelde fullt ut, se abortforskriften § 22. Dette gjelder også reglene i helsepersonelloven så langt de passer.<sup>194</sup>

---

<sup>190</sup> Høringsnotat s. 16

<sup>191</sup> Forskrift 15. juni 2001 nr. 635 om svangerskapsavbrudd (abortforskriften)

<sup>192</sup> Warberg (2009), s. 311

<sup>193</sup> Warberg (2009), s. 312

<sup>194</sup> Warberg (2009), s. 312

Det er ikke nødvendig å ha en fastlege i Norge for å få utført svangerskapsavbrudd. Kvinner som ønsker å utføre et svangerskapsavbrudd kan selv ta kontakt med spesialisthelsetjenesten, som oftest et sykehus, og be om det, se Abortforskriften § 1 første ledd. Etter abortloven § 14 har de regionale helseforetakene plikt til å organisere sykehusene slik at kvinner til enhver tid kan få utført svangerskapsavbrudd. Dette blir sett på som en del av plikten til å utføre «nødvendig helsehjelp» etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

Departementet peker på at retten til selvbestemt svangerskapsavbrudd er en viktig rettighet særlig for enkelte deler av persongruppen som oppholder seg ulovlig i Norge. Dette gjelder spesielt ofre for menneskehandel og prostituerte. De påpeker at dersom denne gruppen ikke hadde hatt rett til svangerskapsavbrudd hos helseforetakene, ville de ha søkt andre mulighet for å avslutte svangerskapet.<sup>195</sup> Disse kvinnene har ikke rett til fastlege, og vil enten måtte gå rett til sykehus eller få henvisning fra annen lege eller legevakt. Dersom departementet mener at denne rettigheten er spesielt viktig for kvinner uten lovlig opphold, kan man spørre seg om den også ikke burde være lettere tilgjengelig.

---

<sup>195</sup> Høringsnotat s. 16

### 3.7 Helsehjelp til barn

Etter helseforskriften § 4 har barn under 18 år rett til nødvendig helsehjelp etter pasrl. § 2-1a andre ledd og § 2-1b andre ledd første og andre punktum, med mindre hensynet til barnet tilsier at helsehjelp ikke skal gis. Retten til nødvendig helsehjelp for barn er ikke begrenset til det som er «helt nødvendig» og som «ikke kan vente» slik som i forskriften § 5 bokstav a første setning. Videre fremgår det av forskriften § 4 siste punktum at pasrl. §§ 2-3 til 2-5 gjelder også for barn som oppholder seg ulovlig i Norge. Det vil si rett til fornyet vurdering, rett til valg av sykehus og rett til individuell plan.

I Helseforskriften blir barn definert som personer under 18 år, jf. § 4. I pasrl. § 4-3 har lovgiver bestemt at personer over 16 år har samtykkekompetanse for seg selv når det gjelder helserettslige spørsmål, og dette blir ofte benevnt som den «helserettslige myndighetsalderen».<sup>196</sup> Dette må antas også å gjelde for barn uten lovlig opphold i riket, siden det kun er gitt forskriftshjemmel for å gjøre unntak fra pasrl. kapittel 2, jf. pasrl. § 1-2.

Ved endringen i Prioriteringsforskriften ble det understreket at det må antas at barn uten lovlig opphold i landet må få lik rett til nødvendig helsehjelp som barn med lovlig opphold. Barn er i en særstilling ved at de som utgangspunkt ikke selv valgt å oppholde seg ulovlig i et land, de kommer som regel i følge med sine omsorgspersoner.<sup>197</sup> Ifølge rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet medfører dette at barn uten lovlig opphold har rett til både helsekontroll ved helsestasjoner og skolehelsetjenesten.<sup>198</sup>

Som nevnt under punkt 3.3 om nødvendig helsehjelp er det etter pasrl. § 2-1b andre ledd andre punktum et vilkår at det er en «forventet nytte» av helsehjelpen, og at kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Dersom barnet oppfyller de nevnte vilkårene, vil barnet ha rett til «nødvendig helsehjelp» med mindre «hensynet til barnet tilsier at hjelpen ikke skal ytes». I høringsnotatet til endringen i Prioriteringsforskriften bemerkes det at behandlinger som ikke vil ha særlige konsekvenser kan utsettes, og at det i tillegg skal tas med i vurde-

---

<sup>196</sup> Ot.prp.nr. 12 (1998-1999), s. 133.

<sup>197</sup> Sjøvig (2009), s. 114

<sup>198</sup> Rundskriv I-2011-5 s. 7

ringen når barnet kommer til å forlate landet før helsehjelpen kan gis. Det vil kunne være til barnets beste å utsette behandlingen dersom det er sikker kunnskap om at barnet vil forlate landet før hele behandlingsprosedyren blir gjennomført. I rundskrivet fra Helse- og omsorgsdepartementet understrekes det at det med formuleringen «hensyn til barnet» vises til tilfeller hvor barnet kan ta skade av å avbryte behandlingen ved utreise.<sup>199</sup> Legeforeningen uttrykker i sitt høringsbrev til endringen i Prioriteringsforskriften at de er skeptiske til dette. De påpeker at barn er i en særegen situasjon hvor de ikke selv kan bestemme hvor de skal oppholde seg. Barnet må nødvendigvis måtte følge sine foresatte ved utreise.<sup>200</sup> Det fremgår av rundskrivet fra Helse- og omsorgsdepartementet at det skal legges til grunn at voksne personer uten lovlig opphold antas å ha muligheten til å forlate landet innen tre uker. Departementet kan derfor argumentere med at det er av «hensyn til barnet» at behandlingen ikke blir påbegynt, siden den ikke kan fullføres innen tre uker.

Siden personer under 18 år bare har rett til nødvendig helsehjelp etter pasrl. § 2-1 a andre ledd og § 2-1 b andre ledd første og annet punktum medfører dette at de ikke har rett til en frist for igangsettelse av helsehjelpen. I likhet med for voksne personer uten lovlig opphold fører dette til at ikke har rett til å kreve helsehjelp fra private aktører eller utenfor riket på statens bekostning, jf. pasrl. § 2-1 b andre ledd tredje punktum, fjerde og femte ledd.

### **3.8 Retten til informasjon**

Alle som oppholder seg i Norge og som har behov for helse- eller omsorgstjenester har rett til de «helse- og behandlingmessige opplysninger» som den enkelte behøver for å «ivareta sin rett» etter pasrl. § 2-1a fjerde ledd og § 2-1b tredje ledd, jf. Helseforskriften § 7.

Etter pasrl. § 2-1a fjerde ledd og § 2-1b tredje ledd pålegges henholdsvis kommunen og helse- og omsorgstjenesten å sikre at enhver som søker eller trenger helsehjelp skal få de opplysningene de behøver for å ivareta sin rett.

---

<sup>199</sup> Rundskriv I-2011-5 s. 7.

<sup>200</sup> Den norske legeforeningen (2011), s. 6

### 3.9 Finansiering

Det er kun retten til naturalytelse som er regulert i Helseforskriften. Forskriften har ingen bestemmelser om hvem som er ansvarlig for kostnadene ved å yte helsehjelp.

Det generelle utgangspunktet i velferdssamfunnet er at økonomiske midler ikke skal være en begrensning for hvilke helsetjenester den enkelte har mulighet til å få. Dette følger av ftrl. § 5-4, som bestemmer at trygden yter stønad til undersøkelser og hjelp av en lege.

Det er et vilkår at den enkelte er medlem av folketrygden for å få rett til stønad til helsetjenester, jf. ftrl. § 5-2. Videre er det et vilkår for å være medlem av folketrygden at du har «lovlig opphold» i Norge, se ftrl. § 2-1 tredje ledd. Det vil med andre ord si at personer uten lovlig opphold i Norge ikke har rett til stønad til helseutgifter etter folketrygdloven.

Det samme fremgår av sphsl. § 5-3, som omhandler dekning av utgifter for personer som ikke er bosatt i Norge. En pasient som ikke har bosted i riket, skal dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene selv. Det bestemmes videre at dersom pasienten ikke kan dekke utgiftene sine selv, skal de dekkes av den helseinstitusjonen som utførte helsetjenesten, se sphsl. § 5-3 første ledd andre punktum. Dette vil i første omgang gjelde øyeblikkelig hjelp situasjoner, da det ikke er adgang til å kreve forhåndsbetaling ved akutte hjelpebehov.<sup>201</sup> Det er ikke nødvendigvis slik at det kun er hensynet til den som trenger øyeblikkelig helsehjelp som ligger bak denne regelen. Også hensyn til helsepersonell spiller inn, da de har en plikt til å yte øyeblikkelig helsehjelp. Det kan det ikke forventes at de først skal vurdere om pasienten er betalingsdyktig før helsehjelpen gis. Departementet viser også til at for «helt nødvendig helsehjelp» som «ikke kan vente» fra spesialisthelsetjenesten bør det heller ikke være anledning til å kreve forhåndsbetaling, særlig hvis helseinstitusjonen er offentlig finansiert.<sup>202</sup> Dette tilsvarer vilkårene i Helseforskriften § 5 bokstav a.

Ifølge rundskrivet fra Helse- og Omsorgsdepartementet skal regningen for personer uten lovlig opphold sendes til pasienten.<sup>203</sup> For utestående krav på betaling for helsehjelp vil vanlige

---

<sup>201</sup> Rundskriv I-2011-5 s. 3

<sup>202</sup> Høringsnotat s. 17

<sup>203</sup> Rundskriv I-2008-2 s. 8



regler for innkreving komme til anvendelse.<sup>204</sup> Det kan virke selvmotsigende at personer uten lovlig opphold har rett til helsehjelp så lenge de kan betale, når de samtidig ikke har rett til å lovlig arbeide i Norge. Det kan settes spørsmålstegn ved hvordan disse personene skal kunne ha muligheten til å betale for helsehjelpen, uten å måtte arbeide ulovlig. Dersom den utestående fordringen mot pasienten ikke blir betalt, må den enkelte tjenesteyter bære tapet.<sup>205</sup>

Det er imidlertid gjort unntak for tilfeller ved tvungent psykisk helsevern. Utgiftene til tvungent psykisk helsevern skal alltid dekkes av staten, se sphsl. § 5-3 tredje ledd. Bakgrunnen for denne bestemmelsen må ses i sammenheng med at reglene om tvungent psykisk helsevern er utformet også med tanke på et samfunnsvern, og formålet med reglene ville ha vært vanskelige å oppnå dersom den enkelte ble pålagt å betale. Dessuten ville det fremstå som urimelig overfor den enkelte å først underlegges tvang i ulike former, som for eksempel tvangsmedisinering, opphold i lukket avdeling og lignende, og samtidig bli tilsendt en regning for dette.

Nødvendig smittevern hjelp er som utgangspunkt gratis for alle som oppholder seg i Norge. Dette gjelder uansett om man har lovlig opphold eller ikke. I forarbeidene fremheves det at en allmennfarlig smittsom sykdom er en så alvorlig trussel for den enkeltes helse at økonomiske forhold bør være irrelevante.<sup>206</sup> Det fremheves også at det er i samfunnets allmenne interesse at smittevern er gratis. Dersom den enkelte skulle betale for smittehjelpen, ville dette motvirke lovens formål, som er å «verne befolkningen mot smittsomme sykdommer», jf. smittel. § § 1-1. I smittel. § 6-2 har departementet fått kompetanse til å beslutte at tjenester og tiltak etter smittevernloven skal være gratis for dem som er i fare for å bli smittet eller er smittet av smittsomme sykdommer. I Forskrift om stønad til legeutgifter 27.06.2013 nr. 843 er det bestemt i § 3 nr. 7 at det skal ytes stønad etter honorartakster ved «undersøkelse, behandling og kontroll» for allmennfarlige smittsomme sykdommer. Det understrekes at stønad ytes til alle som oppholder seg i Norge, selv om vedkommende ikke er medlem av folketrygden, jf. § 3 nr. 7 fjerde avsnitt. Det følger videre av Blåreseptforskriften<sup>207</sup> at folketrygden yter stønad til

---

<sup>204</sup> NOU 2011:7 punkt 6.8.3

<sup>205</sup> Høringsnotat s. 17

<sup>206</sup> Ot.prp. nr. 91 (1992-1993), s. 168

<sup>207</sup> Forskrift 28. juni 2007 om stønad til dekning av utgifter til viktige medisiner mv (blåreseptforskriften)

viktige medisiner ved allmennfarlige smittsomme sykdommer til alle personer som oppholder seg i Norge, også personer uten lovlig opphold.

### **3.10 Taushetsplikt overfor myndighetene.**

Taushetsplikten spiller en vesentlig rolle for retten til helsehjelp, også for pasienter uten lovlig opphold. Utgangspunktet er at helsepersonell har taushetsplikt etter reglene i hlspl. § § 21 flg. I forarbeidene er det understreket at formålet med taushetspliktreglene er å sikre befolkningens tiltro til helsetjenestene og helsepersonell. Taushetsplikten skal også bidra til å unngå at personer oppsøker helsehjelp ved behov på grunn av frykt om hva som kan videreformidles.<sup>208</sup> Det er ikke gitt noen regler om opplysningsplikt eller meldeplikt for helsepersonell ved behandling av personer uten lovlig opphold i hlspl. kapittel 6 og 7. Helsearbeideren vil derfor normalt ha taushetsplikt overfor myndighetene, og taushetsplikten kan bare brytes hvis et av de lovfestede unntakene kommer til anvendelse.<sup>209</sup>

Det gjøres blant annet unntak når «offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre», jf. hlspl. § 23 nr. 4. Det kan tenkes at det er i det offentlige interesse at personer som har fått endelig avslag på opphold forlater landet. På den andre siden er gruppen personer uten lovlig opphold mer sammensatt enn som så, og består blant annet også av barn og ofre for menneskehandel. Det er i det offentlige interesse at også disse menneskene forlater landet. Etter vår syn veier dette argumentet imidlertid tyngre når det gjelder personer med endelig avslag. I forarbeidene står det at for at noen av unntakene skal komme til anvendelse må hensynene bak disse unntakene «veie vesentlig tyngre» enn hensynene som ligger til grunn for taushetsplikten.<sup>210</sup> Det nevnes typisk nødrettsbetraktninger, for eksempel når pasienten kan være til fare for eget eller andres liv og helse. Etter vår mening veier hensynet til det offentlige interesse for utsendelse ikke vesentlig tyngre enn lovens ovennevnte formål.

Høyesterettsdommen inntatt i Rt. 2013. 1442 illustrerer hvor langt taushetsplikten til leger gjelder overfor myndighetene. Saken gjaldt en lege som ved utlevering av narkotika til politiet ødela, ved hjelp av sine egne fingeravtrykk, politiets mulighet til å sammenligne pasientens

---

<sup>208</sup> Ot.prp. nr. 13. (1998-1999), s. 227

<sup>209</sup> Warberg (2009), s. 131

<sup>210</sup> Ot.prp. 13. (1998-1999), s. 228

fingeravtrykk med avtrykkene på narkotikaposen. Høyesterett viser til at det må foreligge en lovfestet unntakshjemmel for å gjøre unntak fra taushetsplikten. Førstvoterende uttaler videre: «Jeg ser dette som et uttrykk for den sterke posisjon taushetsplikten har til beskyttelse av pasienters integritet.».

## 4 Vurdering av rettighetene

I dette kapitlet skal vi foreta en vurdering av om retten til helsehjelp for personer uten lovlig opphold er i overensstemmelse med våre folkerettslige forpliktelser på området. Videre vil vi gå gjennom de ulike høringsuttalelsene i forbindelse med endringen i Prioriteringsforskriften, og undersøke hva de forskjellige høringsinstansene har uttalt. Vi vil fortløpende gi egne vurderinger. Deretter løfter vi blikket og ser på overordnede problemstillinger i forbindelse med profesjonsetikken i et eget punkt.

### 4.1 Er reglene i tråd med våre folkerettslige forpliktelser?

Bestemmelsene om retten til helsehjelp etter de aktuelle konvensjonene er vage i den forstand at de ikke sier stort om innholdet i helsehjelpen. Det slås fast at alle har rett til grunnleggende nødvendig helsehjelp. Etter ØSK art. 12 andre ledd bokstav d skal staten skape de nødvendige vilkår for at alle som er syke blant annet skal få grunnleggende helsehjelp, nødvendige medisiner og passende psykisk helsebehandling. ØSK-komiteen har som nevnt utpenslet visse rettigheter etter konvensjonen som de betegner som kjerneforpliktelser. Vi vil basere vurderingen vår på disse. Siden rettighetene til helsehjelp er såpass vage er det videre vanskelig å foreta en konkret vurdering. Drøftelsen vil derfor bli generell.

Som tidligere nevnt, oppstiller ØSK-komiteen i General Comment no. 14 punkt 12 fire kriterier som utdyper for retten til helsehjelp, nemlig availability, accessibility, acceptability og quality. AAAQ omfatter noe mer enn kjerneforpliktelsene gjør. Kriteriene availability, acceptability og quality innebærer at helsetjenester må finnes i landet, de må være tilpasset kultur og kjønn, samt være av en høy kvalitet. Etter vår vurdering er rettighetene til helsehjelp for personer uten lovlig opphold ivaretatt på disse punktene i Norge.

Accessibility, som er det fjerde kravet, består av fire elementer: fysisk tilgjengelighet, økonomisk tilgjengelighet, informasjonstilgjengelighet og ikke-diskriminering.

Helsetjenestene skal være fysisk tilgjengelige, noe de må sies å være i Norge. På den andre siden har personer uten lovlig opphold færre kontaktpunkter å oppsøke. De har som nevnt

ikke en fastlege å gå til, og må derfor ty til legevakt og lignende. Som tidligere nevnt finnes det frivillig drevne gratisklinikker som retter seg mot personer uten lovlig opphold. Siden det er staten som er pliktsubjekt etter ØSK, faller disse gratisklinikkene etter vår mening derfor denne drøftelsen.

Videre vil manglende informasjon om hvilke helseinstitusjoner som finnes kunne resultere i at denne gruppen rent faktisk får enda færre kontaktpunkter å oppsøke.

Etter vår mening er kravet om fysisk tilgjengelighet isolert sett ivaretatt. Sett i lys av kravet om informasjonstilgjengelighet blir dette derimot mer tvilsomt.

Videre skal helsetjenestene være økonomisk tilgjengelige. I Norge må personer uten lovlig opphold selv betale for all helsehjelp, med visse unntak. Som tidligere nevnt er det ved øyeblikkelig og helt nødvendig helsehjelp fra offentlige institusjoner ikke krav om forhåndsbetaling, men fakturering i etterkant. Likevel kan det tenkes at en person uten lovlig opphold som tidligere har mottatt en regning for helsehjelp som vedkommende ikke har kunnet betale, vegrer seg for igjen å oppsøke slik helsehjelp. Videre er en viktig del av grunnleggende nødvendig helsehjelp medisiner. Dersom man har fått en resept, men ikke har råd til å hente ut medisinene, kan det ikke sies at helsehjelpen er økonomisk tilgjengelig i konvensjonens forstand.

Den tredje komponenten under *accessibility* er informasjonstilgjengelighet. Personer uten lovlig opphold gis her en rett til å finne, søke, formidle og motta informasjon om deres rettigheter til helsehjelp, herunder informasjon om helsepersonellens taushetsplikt og barns rett utvidede rett til helsehjelp.

De fleste i gruppen personer uten lovlig opphold er vanskelig tilgjengelige, fordi de sjelden bor på kjent adresse. Det kan derfor være vanskelig å formidle til dem hvilke rettigheter til helsehjelp de har. Dersom rettighetene først formidles til dem, er det viktig at dette skjer på et språk personene forstår. Dette gjør seg også gjeldende i de tilfellene personene selv oppsøker lege og lignende. Dersom de i slike situasjoner verken greier å gjøre seg forstått eller forstå informasjonen som gis, er kriteriet om informasjonstilgjengelighet ikke oppfylt. Kriteriet er heller ikke oppfylt dersom de ikke greier å motta informasjon om hvordan medisiner skal brukes.

Til slutt består *accessibility* av et diskrimineringsforbud. Dette betyr at helsefasiliteter og medisiner som finnes skal være tilgjengelige for alle, uten noen form for diskriminering, jf. art. 2

andre ledd. Reglene i Helseforskriften som omhandler personer uten lovlig opphold er nøytralt utformet i den forstand at de ikke inneholder noen form direkte formell diskriminering. Likevel utgjør de en form for diskriminering i praksis fordi personer uten lovlig opphold mangler både de økonomiske og språklige forutsetningene til å faktisk benytte seg av rettighetene de har. Selv om det ikke er tillatt å diskriminere etter konvensjonen, vil likevel ikke enhver forskjellsbehandling utgjøre et brudd på diskrimineringsforbudet. Det er på den andre siden klart at Norge ikke kan forskjellsbehandle i forbindelse med kjerneforpliktelsene, da disse utgjør en minstandard som alle stater må etterleve. Personer uten lovlig opphold utsettes derfor for en forskjellsbehandling som ikke er tillatt etter konvensjonen. Dette utgjør etter vår mening et brudd på diskrimineringsforbudet.

Elementene som AAAQ består av utgjør en helhet, og det er ikke et skarpt skille mellom de forskjellige elementene. Den foregående diskusjonen viser derfor at Norge ikke overholder sine rettslige forpliktelser etter AAAQ i sin helhet. Slik situasjonen fremstår i dag kan det kanskje være tvilsomt om det i det hele tatt er snakk om klare rettigheter.

FNs spesialrapportør, Paul Hunt, uttaler i sin rapport «Mission Sweden» at udokumenterte personer skal tilbys den samme helsehjelpen på samme premisser som svenske statsborgere. Han sier videre at ved å gjøre dette vil Sverige overholde sine internasjonale menneskerettsforpliktelser.<sup>211</sup> Det fremkommer av Limburgprinsippene art. 5 at slike uttalelser ikke er rettslig bindende for statene, men at de skal tas hensyn til under gjennomføringen av konvensjonen og senere oppfølging.<sup>212</sup> Selv om slike uttalelser ikke er rettslig bindende for statene, er de ikke uten enhver rettslig betydning. Det finnes få andre tunge rettskilder på området, og manglende oppfølging av slike anbefalinger kan resultere i at staten bryter sine folkerettslige forpliktelser. Dersom denne uttalelsen også gjelder for Norge, kan det tyde på at vi ikke overholder våre internasjonale forpliktelser når det gjelder rett til helsehjelp for personer uten lovlig opphold hvis det er slik udokumenterte personer likestilles med personer uten lovlig opphold. Det er imidlertid viktig å huske at slike uttalelser kun skal tas hensyn til, og at det derfor sannsynligvis ikke kan fastslås brudd på internasjonale forpliktelser basert på en slik uttalelse alene.

---

<sup>211</sup> Paul Hunt: Mission Sweden (2006), punkt 75

<sup>212</sup> Limburgprinsippene para 5

Uttalelsen i «Mission Sweden» bruker betegnelsene «all asylum-seekers and undocumented persons». Betegnelsen udokumenterte personer kan tolkes på forskjellige måter. Gruppen personer uten lovlig opphold er sammensatt av individer i til dels svært forskjellige situasjoner. Det er ikke umiddelbart sikkert at alle individene i gruppen omfattes av denne betegnelsen. Hunt viser imidlertid til en uttalelse av ØSK-komiteen som sier at «illegal immigrants» har rett til helsehjelp på lik linje som andre.<sup>213</sup> Dette kan peke mot at Hunt i betegnelsen «undocumented persons» mener å inkludere alle personer uten lovlig opphold. Vår mening er at ut ifra en rent språklig forståelse av ordet dreier det seg om såkalte «papirløse innvandrere». Det er nærliggende å tenke seg at hvis alle personer uten lovlig opphold skulle omfattes, ville uttrykket «illegal immigrants» brukes. Dersom Hunt faktisk mener at alle personer uten lovlig opphold skal ha lik rett til helsehjelp som svenske statsborgere, stemmer uttalelsen ikke helt overens med rettighetene som ØSK ellers tilkjenner. Slik vi etter dette tolker Hunts uttalelse, kan det ikke konstateres brudd på Norges folkerettslige forpliktelser basert på uttalelsen alene.

ØSK-komiteen har ved sin gjennomgang av Norges femte periodiske rapport kommet med følgende uttalelser i 2013.<sup>214</sup> Komiteen uttrykker bekymring over at illegale innvandrere ikke har tilgang til helsehjelp utover den som er øyeblikkelig og helt grunnleggende. I tillegg påpeker de at Helseforskriften ikke gir presise retningslinjer for offentlig helsepersonell om hvilke typer behandling illegale innvandrere har rett til. Komiteen anbefaler at Norge tar steg for å sikre at alle illegale innvandrere har tilgang til alle nødvendige helsetjenester, og minner staten på diskrimineringsforbudet.<sup>215</sup>

---

<sup>213</sup> Hunt (2006) punkt 72

<sup>214</sup> Concluding observations on the fifth periodic report of Norway (2013)

<sup>215</sup> Concluding observations on the fifth periodic report of Norway (2013) para 21

## 4.2 Er rettighetene gode?

### 4.2.1 Regelfesting

Det hersker generell enighet om at det er positivt at rettighetene regelfestest. På den annen side påpekes det gjennomgående at rettighetene er for uklare. Dessuten er det beklagelig at denne gruppen får færre rettigheter enn resten av befolkningen, blant annet fordi det er generelt større sykkelighet blant disse pasientene. Den norske legeforening understreker at rettighetene ikke går langt nok, verken humanistisk eller legeetisk, men er likevel positive til at reglene om abort, svangerskapsomsorg og barns rettigheter presiseres.<sup>216</sup>

Legeforeningen peker på at en konsekvens av at personer uten lovlig opphold kun har rett til øyeblikkelig helsehjelp og helsehjelp som er «helt nødvendig» og «ikke kan vente», er økt risiko for dårlig behandlingsresultat og lidelse.<sup>217</sup> De peker videre på at denne pasientgruppen sannsynligvis også har en større grad av sykkelighet enn gjennomsnittsbefolkningen. De viser i tillegg til at det å oppholde seg ulovlig i et land også i seg selv medfører større risiko for psykiske lidelser som igjen kan føre til somatiske lidelser.<sup>218</sup>

Kirkens Bymisjon skriver i sitt hørings svar at reglene verken er tilstrekkelig tydelige eller omfattende.<sup>219</sup> Statens helsetilsyn stiller seg positive til at både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten omfattes av forskriften, samt at barn og gravide gis utvidede rettigheter. De fremhever likevel at det gjennom regelfestingen skapes nye uklarheter, noe som vanskeliggjør tilsynsoppgaven.<sup>220</sup>

Vi er enige i at en regelfesting av rettighetene er positivt. Det er likevel vanskelig å konkret slå fast hva rettighetene faktisk innebærer. Dette vil gjøre det vanskelig for personer uten lovlig opphold å få kunnskap om sine rettigheter til helsehjelp, samtidig som det kan være vanskelig for helsepersonell å fastslå hvilke plikter de har overfor disse pasientene.

---

<sup>216</sup> Den norske legeforening (2011), s. 1

<sup>217</sup> Den norske legeforening (2013)

<sup>218</sup> Den norske legeforening (2011), s. 1

<sup>219</sup> Kirkens Bymisjon (2011), s. 1

<sup>220</sup> Statens helsetilsyn (2011), s. 1



«Helt nødvendig helsehjelp» er dessuten en ny merkelapp, som ikke er brukt tidligere. Det kan fremstå som selvmotsigende at en forskrift som skal klargjøre rettigheter, beskriver en stor del av dem med et helt nytt begrep.

Fordi personer uten lovlig opphold kun har rett til helsehjelp når sykdomstilstanden tilsier at det er helt nødvendig, kan behandlingen bli både dyrere og mer omfattende enn hvis de hadde hatt rett til nødvendig helsehjelp. Vi mener at dette er ytterligere et argument for å utvide rettighetene til denne gruppen.

I tillegg er det vår mening at de rettighetene denne gruppen gis, ikke går langt nok. Som Legeforeningen påpeker er det større sykkelighet blant personer uten lovlig opphold enn blant befolkningen ellers. Vi mener derfor at behovet er større. Det oppholder seg relativt få personer uten lovlig opphold i Norge, så konsekvensene av å tilkjenne de flere rettigheter må antas å bli relativt små og få.

#### **4.2.2 Tidsmomentet**

Det forutsettes i høringsnotatet at personer som har fått endelig avslag på søknad om opphold skal forlate landet innen to til tre uker. Helsehjelp som ikke er helt nødvendig og som kan vente innenfor dette tidsrommet, igangsettes ikke.<sup>221</sup> De fleste høringsvarene er kritiske til denne forutsetningen, og påpeker at det er tvilsomt at fristen faktisk overholdes. Statens helse-tilsyn og Legeforeningen påpeker at fristen ikke er reell i den forstand at de likevel oppholder seg i Norge lenger.<sup>222</sup> Helsedirektoratet og Kirkens Bymisjon bruker betegnelsen urealistisk for å beskrive fastsettelsen av denne fristen. Helsedirektoratet påpeker at mange allerede har oppholdt seg over lengre tid i Norge, og vil fortsette med dette. Videre har mange ikke mulighet til å forlate landet grunnet forhold utenfor deres (og norske myndigheters) kontroll.<sup>223</sup>

Etter vårt syn kan det virke som om hensynene bak to til tre-ukers fristen er av innvandringsregulerende art, i stedet for av medisinsk art. Vi mener at retten til helsehjelp skal baseres på

---

<sup>221</sup> Høringsnotat s. 10

<sup>222</sup> Statens helsetilsyn (2011), s. 1, Den norske legeforeningen (2011), s. 4

<sup>223</sup> Helsedirektoratet (2011), s. 2, Kirkens Bymisjon (2011), s. 2

medisinske vurderinger foretatt av kompetent helsepersonell heller enn å til dels bestemmes ut i fra innvandringspolitikk. Vi er enige i at personer uten lovlig opphold skal forlate landet. Dersom en person i denne gruppen oppholder seg i Norge i for eksempel fire uker ekstra for å fullføre nødvendig medisinsk behandling for så å forlate landet, må imidlertid dette aksepteres.

Personer uten lovlig opphold har som nevnt de samme rettighetene til helsehjelp som blant annet turister og forretningsreisende. Turister og forretningsreisende oppholder seg normalt i Norge over en kortere tidsperiode enn personer uten lovlig opphold. Dette til tross for at departementet legger til grunn at personer uten lovlig opphold vil forlate landet innen to til tre uker. Vi mener at behovet for helsehjelp for personer uten lovlig opphold klart skiller fra behovet til de andre gruppene. Dette tilsier at de bør omfattes av ulike bestemmelser.

#### **4.2.3 Finansiering**

Høringsinstansene stiller seg gjennomgående kritiske til at det ikke opprettes et finansieringsordning.

Legeforeningen har fremhevet i sitt høringsbrev til den nye forskriften at det er vanskelig å se hvordan rettighetene til personer uten lovlig opphold reelt sett kan ivaretas når det ikke samtidig blir gjort noen endringer med tanke på finansieringen av helsehjelpen som blir ytt.<sup>224</sup> Legeforeningen understreker at det etter deres mening er en «alvorlig svakhet» ved bestemmelsene at det ikke samtidig blir foreslått nye regler om finansiering. Etter deres syn er det nettopp finansieringen som er hovedproblemet ved det norske regelverket. Legeforeningen fremhever at andre land som for eksempel Nederland opererer med refusjonsordninger for denne aktuelle gruppen. Denne refusjonsordningen går ut på at de som har betalingsevne skal betale selv. Dersom de ikke har muligheten til dette, kan tjenesteytere søke offentlig refusjon.<sup>225</sup> Norges refusjonsordning mener legeforeningen bør være et statlig ansvar, for eksempel gjen-

---

<sup>224</sup> Den norske legeforening (2011), s. 1

<sup>225</sup> Den norske legeforeningen (2011), s. 4

nom HELFO.<sup>226</sup> De fremhever videre at «Rettigheter som av økonomiske grunner er uoppnåelige, kan ikke sies å være generelle menneskerettigheter».<sup>227</sup>

Det står i høringsnotatet at det strider mot en allmenn rettsfølelse at helsehjelpen for personer som oppholder seg kortvarig i Norge skal være gratis. Legeforeningen er ikke enig i dette. De understreker at det må skilles mellom for eksempel turister og personer uten lovlig opphold, da disse gruppene ikke kan sammenlignes.<sup>228</sup> Det må antas at mange i gruppen personer uten lovlig opphold har større økonomiske problemer, og det vil være vanskelig å kreve inn penger på bakgrunn av at denne gruppen personer ofte lever på ukjente adresser og sanksjonsmulighetene er små. I tillegg til utgiftene som hører til helsehjelpen kommer også utgiftene til for eksempel tolk og lignende.<sup>229</sup>

Helsedirektoratet skriver i sitt hørings svar at manglende finansiering er en svakhet ved forslaget, og kan ha uheldige konsekvenser.<sup>230</sup> Videre påpekes viktigheten av finansiering.<sup>231</sup> Pasienter kan vegre seg for å oppsøke helsehjelp fordi de ikke kunne betale for seg forrige gang, og skjønnsmessige medisinske vurderinger kan påvirkes av manglende betalingsevne. Slik dagens ordning er vil helseinstitusjonene måtte bære kostnadene selv, etter resultatløse innkrevingsforsøk.<sup>232</sup> I likhet med Den norske legeforening understreker Helsedirektoratet at det er forskjell mellom turister, forretningsreisende og lignende, og personer uten lovlig opphold. Sistnevnte gruppe er i en mer sårbar situasjon, og de oppholder seg ofte i Norge i et lenger tidsrom.<sup>233</sup>

Norsk Sykepleierforbund mener at det er beklagelig at tilgang til helsehjelp avhenger av økonomi i så stor grad som det gjør. Norsk Sykepleierforbund fremhevet blant annet at de var bekymret over utviklingen i retning mot at oppholdstillatelse og økonomi i for stor grad skal

---

<sup>226</sup> Den norske legeforening (2011), s. 5

<sup>227</sup> Den norske legeforeningen (2011), s. 4

<sup>228</sup> Den norske legeforening (2011), s. 4

<sup>229</sup> Den norske legeforening (2011), s. 4 og 5

<sup>230</sup> Helsedirektoratet (2011), s. 6

<sup>231</sup> Helsedirektoratet (2011), s. 7

<sup>232</sup> Helsedirektoratet (2011), s. 6

<sup>233</sup> Helsedirektoratet (2011), s. 1

styre hvilke rettigheter og muligheter den enkelte person har til helsehjelp på bekostning av det reelle behovet for helsehjelp.<sup>234</sup>

Kirkens Bymisjon påpeker at klargjøringen av rettighetene ikke medfører noen praktisk og reell betydning så lenge pasientene ikke har muligheten til å betale for seg. Denne pasientgruppen har gjennomgående svært liten betalingsevne. Kirkens Bymisjon mener at det er uansvarlig av myndighetene å basere et nasjonalt system på enten uredelighet på pasientens side, eller på sykehusenes manglende innkreving. En refusjonsordning må derfor følge rettighetene. Slik det er nå er det i praksis institusjonene som må dekke kostnadene.<sup>235</sup> Kirkens Bymisjon er i likhet med Helsedirektoratet bekymret for at dette kan føre til en streng vurdering av hva som «ikke kan vente». Videre fremhever de at dagens ordning kan virke mer belastende for store regioner. Blant annet i Oslo og Bergen er det et større antall pasienter i denne gruppen.<sup>236</sup>

I likhet med Legeforening mener Kirkens Bymisjon at det er lite trolig at refusjonsordning vil stride mot den allmenne rettsfølelse, og at dette må ses i et større perspektiv.<sup>237</sup> Kirkens Bymisjon foreslår en refusjonsordning.<sup>238</sup>

Vår mening er at personer uten lovlig opphold med denne forskriften rent praktisk ikke har fått flere rettigheter grunnet manglende finansiering. Selv om rettighetene finnes, avskjæres denne gruppen fra å benytte seg av dem fordi de ikke har råd til å betale.

Mye tyder på at personer uten lovlig opphold har liten betalingsevne. Dette vanskeliggjør innkreving av faktura for helsehjelp. Det kan settes spørsmålstejn ved rettferdigheten av at det til syvende og sist i praksis er legene, de enkelte legekantorene og helseforetakene som sitter igjen med regningen.

Systemet i velferdsstaten er basert på at alle må bidra til fellesskapet. Dette momentet vil kunne tilsi at det vil stride mot den allmenne rettsfølelse dersom staten skulle finansiert helsehjelp for denne gruppen. Imidlertid har personer uten lovlig opphold ikke arbeidstillatelse i

---

<sup>234</sup> Norsk Sykepleierforbund (2011), s. 2

<sup>235</sup> Kirkens Bymisjon (2011), s. 1

<sup>236</sup> Kirkens Bymisjon (2011), s. 2

<sup>237</sup> Kirkens Bymisjon (2011), s. 2

<sup>238</sup> Kirkens Bymisjon (2011), s. 4

Norge, og er dermed avskåret fra muligheten til å betale skatt og bidra til folketrygden. Slik sett har de heller ingen reell mulighet til å bidra dersom de skulle ønske dette. Dette taler mot at det vil stride mot den allmenne rettsfølelse dersom en finansieringsordning opprettes for personer uten lovlig opphold.

Dersom helsehjelp for personer uten lovlig opphold gjøres gratis i Norge, kan det argumenteres for at det vil bidra til økt innvandring.<sup>239</sup> Vi mener at dette er en tvilsom konsekvens. Det fremstår som lite trolig at syke mennesker kommer til Norge ene og alene fordi de får «helt nødvendig» helsehjelp mot en egenandel.

Etter vårt syn bør det opprettes en refusjonsordning lignende i Nederland. Har de mulighet til å betale for helsehjelpen så skal de det. Har de ikke mulighet, får helseinstitusjonene refundert utgiftene sine. Nederland er et land som Norge kan sammenlignes med, både økonomisk og ellers. Siden Nederland tolker retten til helsetjenester etter konvensjonen videre, burde det heller ikke være noe i veien for at Norge tilbyr en lignende refusjonsordning.

#### **4.2.4 Myndighetenes tolkning av menneskerettighetene**

Den norske legeforening deler ikke umiddelbart departementets fortolkning av EMK og BK. Slik de tolker disse konvensjonene skal personer uten lovlig opphold ha lik rett til helsehjelp som resten av befolkningen så lenge de er i Norge. Legeforeningen viser til Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt sin rapport «Mission Sweden», som sier at alle som oppholder seg innen riket har rett til helsetjenester. Dessuten nevner de at ØSK art. 12 fastslår at helsetjenestene må være tilgjengelige fysisk for alle, og at de må ha rett til å benytte seg av disse. I tillegg må tjenestene være økonomiske tilgjengelige og kjent for pasienten.<sup>240</sup> Legeforeningen understreker at «rettigheter som av økonomiske grunner er uoppnåelige, kan ikke sies å være generelle menneskerettigheter.»<sup>241</sup>

---

<sup>239</sup> Nettavisen (2014)

<sup>240</sup> Den norske legeforening (2011), s. 2

<sup>241</sup> Den norske legeforening (2011), s. 5

Legeforeningen knytter noen spesielle bemerkninger til Barnekonvensjonen. De stiller seg positive til at barns rettigheter i stor grad likestilles med personer med lovlig opphold.<sup>242</sup> De er likevel kritiske til departementets avgrensninger i denne retten, blant annet at de ikke har rett til fastlege. De uttaler videre at hvis Norge skal oppfylle sine forpliktelser etter Barnekonvensjonen, må det foreligge en finansieringsordning.<sup>243</sup>

Helsedirektoratet har bedt Asbjørn Eide vurdere høringsnotatet. I følge Eide er ikke forslaget i overenstemmelse med barns rett til helsehjelp etter barnekonvensjonen. Han skriver at rettighetene klart også tilkommer barn uten lovlig opphold. Videre viser han til diskrimineringsforbudet, som pålegger Norge å beskytte barn mot diskriminering i alle former.<sup>244</sup>

Kirkens Bymisjon bemerker at gjennom ØSK har enhver person rett til høyest oppnåelig helsetandard. De er uenige i departementets skille mellom øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp. Ifølge Kirkens Bymisjon finnes ikke noe slikt skille i menneskerettighetene, tvert imot følger det av ØSK at alle har rett til både øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp. De underbygger dette synspunktet med Paul Hunts tidligere nevnte rapport, som sier at personer uten lovlig opphold skal ha helsehjelp på samme premisser som landets borgere. Som følge av dette mener Kirkens Bymisjon at høringsnotatets innsnevring av retten til nødvendig helsehjelp i kommunehelsetjenesten.<sup>245</sup>

Kirkens Bymisjon knytter noen bemerkninger særlig til Barnekonvensjonen. De er positive til at barn og gravide uten lovlig opphold får fastslått sine rettigheter i norsk lov. De påpeker myndighetenes særlige informasjonsansvar overfor denne gruppen for at de skal få sine rettigheter oppfylt.<sup>246</sup>

---

<sup>242</sup> Den norske legeforening (2011), s. 5

<sup>243</sup> Den norske legeforening (2011), s. 6

<sup>244</sup> Helsedirektoratet (2011), s. 4

<sup>245</sup> Kirkens Bymisjon (2011), s. 3

<sup>246</sup> Kirkens Bymisjon (2011), s. 3

## **4.2.5 Andre betenkeligheter**

I tillegg til de ovennevnte punktene, vil vi komme med noen ytterlige bemerkninger.

### **4.2.5.1 Fastlege**

Etter vårt syn er et av hovedproblemene etter dagens ordning at personer uten lovlig opphold ikke har rett til fastlege. Fastlegen blir inngangsporten til videre helsehjelp i den forstand at det er den som foretar vurdering og henviser videre. Konsekvensen av dette blir at personer uten lovlig opphold i realiteten i stor grad avskjæres fra å benytte seg av den retten de har til helsehjelp.

Videre vil forholdet pasienten har til fastlegen sin i større grad være preget av tillit enn forholdet pasienten vil ha til for eksempel en tilfeldig lege på legevakten. Dette tillitsforholdet er særlig viktig for barn og personer som trenger psykisk helsehjelp. Disse pasientgruppene krever som regel en større grad av både tillit og oppfølging. Behovet for psykisk helsehjelp er dessuten som nevnt stort for personer uten lovlig opphold.

Basert på dette mener vi at personer uten lovlig opphold bør få tilgang til fastlege eller tilsvarende tjeneste.

### **4.2.5.2 Informasjon**

Rettighetene til helsehjelp for personer uten lovlig opphold står i en forskrift, og er derfor ikke lette å finne frem til. Sidene rettighetene er vanskelig tilgjengelige, stilles det etter vår mening særlig store krav til at myndighetene gir informasjon om hvilke rettigheter gruppen faktisk har. Denne informasjonen bør rettes både mot individene, men også mot de ulike frivillige organisasjonene som er i kontakt med denne gruppen.

Det er grunn til å understreke behovet for informasjon om taushetsplikt, herunder at taushetsplikten også er en rettighet denne gruppen har. Manglende kunnskap om retten til taushetsplikt kan medføre at personer uten lovlig opphold unnlater å oppsøke helsehjelp i frykt for å bli angitt til myndighetene av helsepersonell.

### 4.2.5.3 Er retten til helsehjelp faktisk en rettighet?

Kjønstads definisjon av hvilke elementer som må foreligge for at noe skal utgjøre en rettighet, innebærer blant annet at kravet om oppfyllelse av rettigheten ikke kan avslås fordi det ikke finnes ressurser i form av manglende bevilgninger over offentlige budsjetter.<sup>247</sup> Det er en forpliktelse for staten å fastsette slike budsjetter. Det kan settes spørsmålstegn ved om staten har gjort det den skal for å tilrettelegge for «the enjoyment of the highest attainable standard of ... health»<sup>248</sup> dersom personer uten lovlig opphold ikke har råd til den helsehjelpen de har rett til etter Helseforskriften. Etter dette er det noe tvilsomt om det i det hele tatt er snakk om en rettighet til helsehjelp for personer uten lovlig opphold. Sinding Aasen og Kjellevold påpeker at retten til helsehjelp i praksis kun er en rettighet for medlemmer av folketrygden, og at det for personer uten lovlig opphold dreier seg mer om en rett til å kjøpe helsetjenester fra staten.<sup>249</sup>

### 4.2.6 Etikk

Etikken ligger som en overbygning over retten til helsehjelp. Som en avslutning på oppgaven vil vi derfor løfte blikket opp fra rettstilstanden og i det følgende gå inn i den etiske dimensjonen.

Den norske legeforening vedtok i 1961 en rekke etiske regler som skal gjelde for legers utføring av sitt virke.<sup>250</sup> I § 1 er det bestemt at:

«En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den»

I flere høringsvar understrekes det at reglene om rett til helsehjelp for personer uten lovlig opphold strider mot grunnleggende yrkesetikk. Den norske legeforening skriver i sitt høringsvar at ut i fra etiske regler er leger forpliktet til å yte den samme helsehjelpen til alle som ber om det. Oppholdsstatus er etter dette irrelevant. Videre peker de på at vurderingen av om hel-

---

<sup>247</sup> Kjønstad (2007), s. 32

<sup>248</sup> ØSK art. 12 første ledd

<sup>249</sup> Sinding Aasen og Kjellevold (2012), s. 99

<sup>250</sup> Den norske legeforeningen (2002)



sehjelpen «ikke kan vente» eller om den er nødvendig på andre grunnlag som personer uten lovlig opphold ikke har rett til å vurderes opp mot, oppstiller et kunstig og krevende skille. Dette skillet reiser problematiske medisinske og etiske vurderinger.<sup>251</sup> Legeforeningen understreker at det å pålegge leger et ansvar for å innhente opplysninger om utreisedato og bruke dette som et grunnlag for å bestemme om helsehjelp skal gis, vil stride med grunnleggende legeetikk.<sup>252</sup>

Statens helsetilsyn påpeker at vilkårene «helt nødvendig» og «som ikke kan vente» fungerer dårlig som kriterier for å avgjøre om vedkommende har rett til helsehjelp, eller om helsehjelpen kan vente. Hvis dette betyr at pasienten må vente til tilstanden har forverret seg før han eller hun kan få helsehjelp, bryter det med grunnleggende profesjonsetikk. Dessuten er det først etter vurderingen av pasienten at helsepersonellet kan slå fast om vilkårene er oppfylt. Et etisk ansvar for at pasienten får nødvendig forsvarlig helsehjelp oppstår da allerede her. Det nevnes videre at endringene i regelverket vil kunne «reise nye problemstillinger/gråsoner ifht hva som er forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp».<sup>253</sup>

Helsedirektoratet skriver i likhet med Den norske legeforening at verdigrunnlaget er at alle skal få helsehjelp. De fremhever at dette særlig gjør seg gjeldende overfor de svakeste gruppene i samfunnet. De nye bestemmelsene vil kunne stride mot yrkesetiske regler og humanistiske prinsipper, og medføre at helsepersonell vil måtte avvise syke personer fordi de ikke har lovlig opphold.<sup>254</sup>

Den norske sykepleierforening understreker at det er en grunnleggende norm i deres etiske retningslinjer at alle som har behov for helsehjelp skal få det.<sup>255</sup> Grunnlaget for de etiske retningslinjene for sykepleiere er å vise respekt for det enkelte menneskes liv og «iboende verdighet». Sykepleie skal bygge på «barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» og være kunnskapsbasert.<sup>256</sup> Norsk sykepleierforbund understreker at de etiske retnings-

---

<sup>251</sup> Den norske legeforening (2011), s. 3

<sup>252</sup> Den norske legeforening (2011), s. 3

<sup>253</sup> Statens helsetilsyn (2011), s. 1 og 2

<sup>254</sup> Helsedirektoratet (2011), s. 2 og 3

<sup>255</sup> Norsk Sykepleierforbund (2009)

<sup>256</sup> Norsk Sykepleierforbund (2009)

linjene er klare, og at de setter menneskers ukrenkelige verdi foran økonomiske og politiske målsetninger. En sykepleier skal ikke gjøre forskjell på mennesker som har behov for helsehjelp. Norsk sykepleierforbund understreker at det «tilligger profesjonen å tilby kompetent helsehjelp uansett hvem den andre er».<sup>257</sup>

Slik vi leser retningslinjene både for leger og sykepleiere, skal det ikke gjøres forskjell på mennesker på bakgrunn av om vedkommende har lovlig opphold eller ikke. Den enkelte skal bli behandlet med barmhjertighet, omsorg og respekt, og dette blir etter vårt syn ikke oppfylt overfor personer uten lovlig opphold slik rettighetene deres er i dag.

Det er videre vanskelig å se hvordan en lege skal kunne handle i samsvar med disse etiske retningslinjene, samtidig som han skal avvise pasienters behov for behandling med en henvisning til at det ikke innen tre uker er fare for nært forestående død eller sterke smerter.

Det kan også settes spørsmålstegn ved om det å begrense retten til kun helt nødvendig helsehjelp som «ikke kan vente» er forenlig med forsvarlighetskravet som oppstilles i hlspl. § 4. Etter denne bestemmelsen skal helsepersonell utføre sine arbeidsoppgaver i samsvar med «faglig forsvarlighet» og yte en «omsorgsfull hjelp». Dette kan bety at Helseforskriften § 5 må tolkes utvidende i lys av hlspl. § 4.

Etter vår mening bør avgjørelsen om hvorvidt mennesker skal få helsehjelp eller ikke, baseres på medisinske vurderinger heller enn oppholdsstatus.

---

<sup>257</sup> Norsk Sykepleierforbund (2009)



## 5 Litteraturliste

### Bøker:

Eckhoff, Torstein og Jan E. Helgesen. *Rettskildelære*. 5. utg. Oslo 2001.

Eide, Asbjørn og Wenche Barth Eide. *Article 24. The right to Health*. 2006. (Sisert fra BrillOnline.com).

Eide, Asbjørn. *The Universal Declaration of Human Rights: A Commentary*. 1.utg. Oslo 1992.

*Health and Human Rights in Europe*. Brigit Toebes ... [et al.]. 1. utg. Cambridge 2012.

Høstmælingen, Njål, Elin Saga Kjørholt og Kirsten Sandberg (red.). *Barnekonvensjonen. Barns rettigheter i Norge*. 2. utg. Oslo 2012.

Høstmælingen, Njål. *Internasjonale menneskerettigheter*. 1. utg. Oslo 2003.

Kjønstad, Asbjørn. *Helserett*. 2. utg. Oslo 2007.

Molven, Olav. *Helse og juss*. 7. utg. Oslo 2012.

Ohnstad, Bente. *Juss for helse- og sosialarbeidere*. 5. utg. Bergen 2013.

Syse, Aslak. *Pasientrettighetsloven med kommentarer*. 3. utg. Oslo 2009.

Syse, Aslak. *Psykisk helsevernloven med kommentarer*. 2. utg. Oslo 2007.

*Health and Human Rights in Europe*. Toebes, Brigit ... [et al.]. 1. utg. Cambridge 2012.

Tobin, John. *The Right to Health in International Law*. 1. utg. Oxford 2012.

Warberg, Lasse A. *Norsk helserett*. 2. utg. Oslo 2011.

Zuniga, José M, Stephen P. Marks og Lawrence O. Gostin. *Advancing the human right to health*. 1. utg. Oxford 2013.

### **Artikler:**

Eide, Asbjørn. *Retten til helse som menneskerettighet*. I: Nordisk tidsskrift for menneskerettigheter (2006) s. 177. (Sitert fra Idunn.no)

Kjellebold, Alice. *Sosiale menneskerettigheter – av betydning for norsk helse- og sosialrett?* I: Nordisk tidsskrift for menneskerettigheter 24:4. (2006) s. 204. (Sitert fra Idunn.no)

Kjønstad, Asbjørn. *Retten til helsetjenester*. I: Jussens Venner 3/4 2004 s 217-272. (Sitert fra Lovdata)

Potts, Helen. *Accountability and the right to the highest attainable standard of health*. (2008). [http://www.essex.ac.uk/hrc/research/projects/rth/docs/HRC\\_Accountability\\_Mar08.pdf](http://www.essex.ac.uk/hrc/research/projects/rth/docs/HRC_Accountability_Mar08.pdf)  
[Sitert: 01.03.2014]. Artikkelen er dessverre borte fra nettsiden.

Sinding Aasen og Kjellebold: *Velferd og menneskerettigheter: «ulovlig opphold» som grunnlag til å avskjære helse- og sosialhjelp?* I: 2. Tidsskrift for Velferdsforskning 2012. (Sitert fra Fagbokforlaget)

Søvig, Karl Harald. *Barnets rettigheter på barnets premisser – utfordringer i møte mellom FNs barnekonvensjon og norsk rett*. Bergen, 2009. (Det juridiske fakultets skriftserie ; nr. 115/2009). (Sitert fra Lovdata)

### **Norske lover:**

1814 Kongeriget Norges Grundlov (Grunnloven) av 17. mai 1814.

1970 Lov om folkeregistrering (folkeregisterloven) av 16. januar 1970 nr. 1.

- 1975 Lov om svangerskapsavbrudd (abortloven) av 13. juni 1975 nr. 50.
- 1994 Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven) av 5. august 1994 nr. 55.
- 1997 Lov om folketrygd (folketrygdloven) av 28. februar 1997 nr. 19.
- 1999 Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) av 21. mai 1999 nr. 30.
- 1999 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) av 2. juli 1999 nr. 61.
- 1999 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 2. juli 1999 nr. 62.
- 1999 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 2. juli 1999 nr. 63.
- 1999 Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr. 64.
- 2008 Lov om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven) av 15. mai 2008 nr. 35.
- 2011 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24. juni 2011 nr. 30.

**Forskrifter:**

- 1995 Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer av 1. januar 1995 nr. 100.
- 2000 Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesia-

listhelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) av 1. desember 2000 nr. 1208.

- 2001 Forskrift om svangerskapsavbrudd (abortforskriften) av 15. juni 2001 nr. 635.
- 2007 Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften) av 28. juni 2007 nr. 814.
- 2011 Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket av 16. desember 2011 nr. 1255.

### **Traktater:**

- FN-pakten De forente nasjoners pakt, 26. juni 1945.
- WHO Konstitusjon av Verdens Helseorganisasjon, 22. juli 1946.
- Verdenserklæringen Menneskerettighetserklæringen, 10. desember 1948.
- EMK Den europeiske menneskerettskonvensjon, 4. november 1950.
- ØSK Internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, 16. desember 1966.
- Wien-konvensjonen Wien-konvensjonen om traktatretten, 23. mai 1969.
- KK Konvensjon om avskaffelse av alle former for diskriminering av kvinner, 18. desember 1979.
- BK Konvensjon om barns rettigheter, 20. november 1989.

## **Protokoller:**

United Nations. *C.N.869.2009: Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. (2008)

[https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IV-3-a&chapter=4&lang=en](https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-3-a&chapter=4&lang=en) [Sisert: 10.04.2014]

## **Høringsuttalelser:**

Den norske jordmorforening. *Høring – Endring i prioriteringsforskriften – helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet* (2011).

<http://www.regjeringen.no/pages/14622672/DenNorskeJordmorforening.pdf>

[Sisert: 15.03.2014]

Den norske legeforeningen. *Høring - Endring av prioriteringsforskriften - Helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet* (2011). <http://legeforeningen.no/Legeforeningemener/Horingsuttalelser/2011/horing-endring-av-prioriteringsforskriften-helsehjelp-til-personer-som-oppholder-seg-ulovlig-i-landet/> [Sisert: 15.02.2014]

Helsedirektoratet. *Høringsuttalelse- endring i prioriteringsforskriften - helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet*. (2011).

<http://www.regjeringen.no/pages/14622672/Helsedirektoratet.pdf> [Sisert: 15.03.2014]

Kirkens Bymisjon. *Svar på høring endring av prioriteringsforskriften* (2011).

<http://www.regjeringen.no/pages/14622672/StiftelsenKirkensBymisjon.pdf>

[Sisert: 09.04.2014]

Norsk sykepleierforbund. *Høring – endring av prioriteringsforskriften – Helsehjelp til personer som oppholder ulovlig i landet* (2011).

<http://www.regjeringen.no/pages/14622672/NorskSykepleierforbund.pdf> [Sisert 15.03.2014]

Statens helsetilsyn. *Hørings svar - Forslag til endring av prioriteringsforskriften § 1 Helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet* (2011).

<http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-horingsuttalelser->



[2011/Endring-prioriteringsforskriften-Helsehjelp-personer-oppholder-seg-ulovlig-i-landet/](#)

[Sisert: 09.04.2014]

### **Etiske retningslinjer:**

Den norske legeforening. *Etiske regler for leger* (2002).

<http://legeforeningen.no/om-legeforeningen/organisasjonen/rad-og-utvalg/organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/> [Sisert: 20.02.2014]

Norsk sykepleierforbund. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (2007).

<http://www.ks.no/PageFiles/11804/Yrkesetiske%20retningslinjer%20utvidet%20NSF.pdf>

[Sisert: 14.03.2014]

### **Dommer:**

Rt. 1993 s. 249

Rt. 2000 s. 996

Rt. 2001 s. 1481

Rt. 2008 s. 1764

Rt. 2013 s. 1442

### **Forarbeider:**

NOU 1993:18 Lovgivning om menneskerettigheter.

NOU 1997:18 (Helsetjeneste)prioriteringer på ny.

NOU 1998:9 Krav til akuttmedisinsk beredskap.

NOU 2011:7	Velferd og migrasjon Den norske modellens fremtid.
Ot.prp. nr. 91 (1992-1993)	Om lov om vern mot smittsomme sykdommer.
Ot.prp. nr. 29 (1995-1996)	Om ny lov om folketrygd.
Ot.prp. nr. 3 (1998-1999)	Om lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett.
Ot.prp. nr. 11 (1998-1999)	Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.
Ot.prp. nr. 12 (1998-1999)	Lov om pasientrettigheter.
Ot.prp. nr. 13 (1998-1999)	Lov om helsepersonell mv.
Ot.prp.nr.104 (2008-2009)	Om lov om endringer i barnelova mv.
Prop.91 L (2010-2011)	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm.
Prop.118 L (2012-2013)	Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.)

Helse- og omsorgsdepartementet. *Høringsnotat – Endring i Prioriteringsforskriften – Helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet.* (25. november 2010) (Sitert fra Lovdata)

Helse- og omsorgsdepartementet. *Foredrag til Kongelig resolusjon forskrift om helsehjelp for personer uten fast opphold i Norge* (16. desember 2011) (Sisert fra Lovdata)

### **Rundskriv:**

Rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet nr. I-2/2008

Rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet nr. I-5/2011

### **Retningslinjer:**

Sosial- og helsedirektoratet. *Retningslinje for svangerskapsomsorgen* (2005).

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf> [Sisert 25.03.2014]

### **General Comments:**

CESCR General Comment no. 3: *The nature of States parties obligations*. (1990)

CESCR General Comment no. 14: *The right to the highest attainable standard of health*. (2000)

CESCR General Comment no. 20: *Non-discrimination in economic, social and cultural rights*. (2009)

CRC General Comment no. 6: *Treatment of unaccompanied and separated children outside their country of origin*. (2005)

### **Internasjonale anbefalinger:**

Committee On Economic, Social And Cultural Rights. *E/C.12/2000/13 2 October 2000*:

*Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights.* (2000)  
[www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/6b748989d76d2bb8c125699700500e17/%24FILE/G0044704.doc+%&cd=5&hl=no&ct=clnk&gl=no&client=firefox-a](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/6b748989d76d2bb8c125699700500e17/%24FILE/G0044704.doc+%&cd=5&hl=no&ct=clnk&gl=no&client=firefox-a) [Sitert: 10.04.2014]

Committee On Economic, Social And Cultural Rights. *E/C.12/2000/13 2 October 2000: The Limburg Principles on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.* (2000)  
[www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/6b748989d76d2bb8c125699700500e17/%24FILE/G0044704.doc+%&cd=5&hl=no&ct=clnk&gl=no&client=firefox-a](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/6b748989d76d2bb8c125699700500e17/%24FILE/G0044704.doc+%&cd=5&hl=no&ct=clnk&gl=no&client=firefox-a) [Sitert: 10.04.2014]

World Health Organization. *WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model.* (2001).  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_RHR\\_01.30.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf?ua=1) [Sitert: 24.03.2014]

Office Of The United Nations High Commissioner For Human Rights. *CESCR Handbook for National Human Rights Institutions.* (2005)  
<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training12en.pdf> [Sitert: 20.03.2014]

United Nations General Assembly. *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health, Paul Hunt. Addendum MISSION TO SWEDEN.* (2006).  
<http://www.ohchr.org/EN/countries/ENACARegion/Pages/SEIndex.aspx> [Sitert: 15.04.2014]

UNICEF. *Implementation Handbook for the Convention on the Rights of the Child: Fully Revised Third Edition.* (2007).  
[http://www.unicef.org/publications/files/Implementation\\_Handbook\\_for\\_the\\_Convention\\_on\\_the\\_Rights\\_of\\_the\\_Child\\_Part\\_1\\_of\\_3.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/Implementation_Handbook_for_the_Convention_on_the_Rights_of_the_Child_Part_1_of_3.pdf) [Sitert: 15.03.2014]

United Nations Economic and Social Council. *Concluding observations on the fifth periodic report of Norway.* (2013).  
<http://www.regjeringen.no/upload/UD/Vedlegg/Menneskerettigheter/G1349679.pdf>  
[Sitert: 15.04.2014]

## Nettsider:

Den norske Legeforeningen. *Legeforeningens standpunkt* (2011).

<http://legeforeningen.no/arbeidsliv-og-jus/legens-ansvar/lege-og-pasient/rett-til-helsehjelp/rett-til-helsehjelp-for-personer-uten-lovlig-opphold/legeforeningens-standpunkt/>

[Sisert: 12.03.2014]

Den norske legeforeningen. *Polycynotat nr.1/2013 Papirløse innvandrere* (2013).

<http://legeforeningen.no/PageFiles/131066/Papirl%C3%B8se%20innvandrere.pdf>

[Sisert:

12.03.2014]

*Et skremmende forslag fra Framskrittspartiet*. I: Nettavisen. 03. april 2014

<http://www.nettavisen.no/politikk/--et-skremmende-forslag-fra-fremskrittspartiet/5185537.html> [Sisert: 04.04.2014]

FN-sambandet. *De Forente Nasjoners Verdenserklæring om menneskerettigheter*.

<http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter> [Sisert: 23.03.2014]

Helsedirektoratet. *Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flykninger og familiegjenforente* (2010).

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flykninger-og-familiegjenforente/Publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flykninger.pdf>

[Sisert:

14.04.2014]

Kirkens Bymisjon. *Årsrapport 2012 – om det skjulte helsebehovet* (2013).

<http://www.bymisjon.no/PageFiles/15350/Helsesenteret%20-%20for%20papirl%C3%B8se%20migranter-%C3%A5rsmelding-2013.pdf>

[Sisert: 11.04.2014]

Nettdoktoren. *Hepatitt A* (2000). <http://www.nettdoktor.no/sykdommer/fakta/hepatitta.php>

[Sisert: 25.03 2014]

Nettdoktoren. *Tuberkulose* (2000).

<http://www.nettdoktor.no/sykdommer/fakta/tuberkulose.php> [Sisert: 25.03.2014]

Norsk sykepleierforbund. *Papirløs helsehjelp?* (2009).

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/etikk/263428/papirlos-helsehjelp> [Sisert: 12.03.2014]

NRK (2014, 02.februar). Aktuelt [videoklipp]. Hentet fra <http://tv.nrk.no/serie/aktuelt-tv>

Otterlei, Simen Sundfjor og Hanøy, Erik. *Leger gir hemmelig helsehjelp til papirløse*. I: NRK. 18. mars 2014 <http://www.nrk.no/hordaland/hemmelig-helsehjelp-til-papirlose-1.11612804> [Sisert: 04.04.2014]

Store Medisinske Leksikon. *Posttraumatisk stresslidelse*

[http://sml.snl.no/posttraumatisk\\_stresslidelse](http://sml.snl.no/posttraumatisk_stresslidelse) [Sisert: 14.04.2014]

United Nations – Office of the High Commissioner for Human Rights. *Committe on Economic, Social and Cultural Rights. (ECOSOC Resolution 17/1985)*

<http://www.ohchr.org/en/hrbodies/cescr/pages/cescrindex.aspx> [Sisert: 21.04.2014]

Verdens Helseorganisasjon. *The right to health* (2013).

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/> [Sisert: 20.01.2014]

Zhang, Li-Chun. *Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway* (2005).

[http://www.ssb.no/a/english/publikasjoner/pdf/doc\\_200811\\_en/doc\\_200811\\_en.pdf](http://www.ssb.no/a/english/publikasjoner/pdf/doc_200811_en/doc_200811_en.pdf)

[Sisert: 11.04.2014]