

# Pasientskadeerstatning

Betydningen av budsjett og ressursfordeling i vurderingen om det foreligger  
ansvarsgrunnlag etter pasientskadeerstatningsloven

Kandidatnummer: 705

Leveringsfrist: 25.11.12

Antall ord: 16 942



## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1	Perspektiver og avgrensing.....	1
1.2	Kort oversikt over pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum.....	3
1.3	Videre fremstilling.....	3
<b>2</b>	<b>OBJEKTIVT ANSVAR .....</b>	<b>4</b>
2.1	Historikk .....	4
2.1.1	Objektivt ansvar i et europeisk, rettshistorisk perspektiv .....	4
2.1.2	Tradisjonell begrunnelse og grunnlag for statens objektive erstatningsansvar i norsk rett .....	4
2.2	Utgangspunkter i ansvarsvurderingen etter pasientskadeloven.....	5
2.2.1	Pasientskadeloven .....	5
2.2.2	Forarbeidenes begrunnelse for objektivt ansvar.....	5
<b>3</b>	<b>ORGANISERING OG REGULERING AV FORDELINGEN AV RESSURSER .....</b>	<b>6</b>
3.1	Historikk – fra kurpengefinansiering, rammefinansiering, innsatsstyrt finansiering (IFS) til samhandlingsreformen.....	7
3.2	Hvem fordeler hva .....	8
3.2.1	Skillet mellom førsteordens og annenordens prioriteringsbeslutninger.....	8
3.2.2	Hovedaktørene i den offentlige finansieringen av helsetjenester.....	9
<b>4</b>	<b>EN FORSVARLIG RESSURSFORDELING.....</b>	<b>12</b>
4.1	Ressursfordelingen på det administrative nivået i helsesektoren .....	12
4.1.1	Prinsipper som skal legges til grunn – Lønning I og II.....	12
4.1.2	Samarbeidsprosjektet <i>Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten</i> ....	16
4.1.3	Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten .....	17

4.1.4	Prioriteringsforskriften .....	18
4.1.5	Særlig om livsforlengende behandling og prisen på et leveår .....	18
4.2	Statens ressursfordeling .....	20
4.2.1	Statens sjøveisansvar og utviklingen i norsk, juridisk litteratur .....	20
4.2.2	Svenske rettskilder .....	24
4.2.3	Grunnlovsværn av helserettigheter og betydningen for Stortingets bevilgningsmyndighet .....	29
4.3	Delkonklusjon .....	30
4.3.1	Prioriteringer på det administrative nivået i helsevesenet .....	30
4.3.2	Budsjettprioriteringer på statlig nivå .....	30
<b>5</b>	<b>MINSTESTANDARD – HVILKE KRAV KAN EN STILLE TIL DET NORSKE HELSEVESEN? .....</b>	<b>31</b>
5.1	Historisk utgangspunkt – Rt-1990-874 (Fusa) – en minstestandard .....	31
5.2	Minstestandarder i helselovgivningen .....	32
5.2.1	Øyeblikkelig helsehjelp .....	32
5.2.2	Rett til nødvendige spesialisthelsetjenester .....	44
5.2.3	Rett til nødvendige allmennhelsetjenester .....	48
<b>6</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>55</b>
<b>7</b>	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>56</b>
7.1	Juridisk litteratur .....	56
7.2	Forarbeider .....	56
7.2.1	Norske forarbeider .....	56
7.2.2	Svenske forarbeider .....	57
7.3	Publikasjoner om faglige, medisinske standarder .....	57

# 1 Innledning

## 1.1 Perspektiver og avgrensing

I totale tall, viser resultater fra 2011<sup>1</sup> at norske helseutgifter var på litt i overkant av 5 300 US \$ per innbygger. Tilsvarende tall fra USA viser en kostnad på nærmere 8 000 US \$ per innbygger. Sammenligner man imidlertid hvem som finansierer disse utgiftene, ser man at 80 % av norske helseutgifter er finansiert av staten, mens tilsvarende tall fra USA kun er 48 %. Norge bruker med andre ord de facto mest ressurser på helsetjenester i verden. Allikevel viser den offentlige debatten at det i Norge er inntrykk at man ikke har tilstrekkelige ressurser i helsesektoren til for eksempel å prioritere behandling av døende pasienter på sykehus.<sup>2</sup>

Pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum inneholder en ressursreservasjon som innebærer at staten ikke blir erstatningsmessig ansvarlig dersom behandlingen var forsvarlig som følge av en bevisst ressursprioritering fra statens side. Regelen har praktisk talt aldri ha blitt brukt, men i et samfunn hvor velferdsstaten yter stadig flere servicetjenester, stilles det strengere og strengere krav til tjenestenes omfang, og dermed også til et eventuelt erstatningsansvar. Det har også skjedd en endring i folkeopinionen som tilsier at borgerne i større grad enn tidligere ønsker å holde staten erstatningsansvarlig i de tilfellene tjenestene staten tilbyr ikke lever opp til det man forventer av dem. De siste 20 årene er det i tillegg blitt mer vanlig å kritisere det offentlige tjenester for svikt ved utførelse og organisering av disse. Et nylig eksempel er 22. juli-kommisjonens evaluering av hvordan staten håndterte terrorhendelsene 22. juli 2011. I NOU 2012: 14 "Rapport fra 22. juli-kommisjonen" har kommisjonen gått organiseringen og ressursbruken til flere statlige aktører etter i sømmene og konstatert svikt ved mange av dem. Aftenposten kunne 13. august 2012 melde at en av

---

<sup>1</sup> OECD Health Data 2011: WHO global Health Expenditure Database.

<sup>2</sup> <http://www.nrk.no/helse-forbruk-og-livsstil/1.8342482>

bistandsadvokatene i saken vurderte å gå til søksmål mot staten på vegne av sine klienter på bakgrunn av svikten NOU 2012: 14 konkluderte hadde skjedd.<sup>3</sup>

Bestemmelsen kan også bli mer aktuell i fremtiden på grunn av et stadig voksende privat helsetilbud, hvor det i noen tilfeller er lettere å få konstatert indikasjon for behandling enn det er i det offentlige tilbudet. Man kan se for seg tilfeller hvor det er mulig å få en viss type behandling hvis man tar kontakt med et privat helseforetak, men at man av økonomiske hensyn må gå veien om det offentlige helsetilbudet, og at det offentlige så må foreta en prioritering hvor den aktuelle behandlingen blir vurdert å være for dyr. En kan i denne forbindelse stille spørsmålet om en pasient som blir nektet denne typen behandling vil kunne kreve erstatning for manglende behandling under henvisning til at det er mulig å få behandling andre steder.

Et annet eksempel hvor ressursbegrensningen kan påberopes fra statens side, er i de tilfellene hvor man bevisst har ønsket å berike en avdeling eller ett sykehus ved tildeling av ressurser på bekostning av en annen. Det ble trukket frem i forarbeidene<sup>4</sup> at motivasjonen for denne typen ressursfordeling kunne være at staten, på grunn av pasientskadeerstatningens eksistens, ville tilføre de avdelingene hvor skadevirkningene, og dermed også den utbetalte pasientskadeerstatningen, potensielt kunne bli høyest. En slik fordeling av ressurser vil dermed favorisere visse medisinske områder fremfor andre, og staten vil kunne bli fritatt for erstatningsansvar etter pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum om dette er et bevisst politisk valg.

Problemstillingen for denne oppgaven er hva som ligger i ressursreservasjonen i pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum. Denne problemstillingen reiser flere under spørsmål. Det kan spørres om hvilken type ressursfordeling som omfattes av ansvarsbegrensningen; ressursfordelingen innad på de forskjellige avdelingene, ressursfordelingen fra staten til de forskjellige behandlingsinstitusjonene eller ressursfordelingen i samfunnet generelt. En kan også stilles spørsmål om ansvarsbegrensningen er absolutt, eller om det

---

<sup>3</sup><http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/22juli/--Oker-sannsynligheten-for-soksmal-mot-staten-6964344.html>

<sup>4</sup> Ot. prp. nr. 31 (1998-1999) Om lov om erstatning ved pasientskader, punkt 7.3.2.

finnes unntak som gjør at staten uansett må bli erstatningsansvarlig. Det kan videre stilles spørsmål om hvordan ressursreservasjonen kan påberopes av private helseforetak, men i utgangspunktet tenker jeg å avgrense oppgaven mot dette tilfellet.

## **1.2 Kort oversikt over pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum**

Pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum lyder som følger: ”Utilstrekkelige ressurser skal ikke medføre ansvar dersom ressursfordelingen har vært forsvarlig og virksomheten i alminnelighet holder en forsvarlig standard.” Ordlyden innebærer en absolutt ansvarsreservasjon forutsatt at to vilkår er oppfylt: ressursfordelingen må for det første ha vært ”forsvarlig” og helsetilbudet må videre leve opp til en ”forsvarlig standard”. Ut i fra en alminnelig språklig forståelse av ordlyden ”og”, er det her snakk om to kumulative vilkår for at staten skal kunne ta ressursreservasjonen i bruk. Dette betyr at i de tilfellene hvor 1) prioriteringen eller fordelingen av ressurser har vært uaktsom og 2) helsetilbudet ikke lever opp til en viss mistestandard som man kan forvente av norske helsetjenester, jf. Rt-1990-874 (Fusa), vil ikke pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum kunne komme til anvendelse.

For å ta stilling til oppgavens problemstilling blir det først spørsmål om hva det ligger i en uaktsom ressursfordeling fra statens side. Videre må en også redegjøre for hvordan en minstestandard skal fastsettes, samt forsøke å konkretisere denne minstestandarden.

## **1.3 Videre fremstilling**

Under punkt 4 vil det redegjøres for hva som ligger i en forsvarlig ressursfordeling. Videre vil det redegjøres for hvordan man skal vurdere hva som er en forsvarlig minstestandard på helsetjenester under punkt 5, men først gis det en kort historisk oppsummering av hvordan statens objektive ansvar har blitt utviklet i punkt 2 og hvordan ressursfordelingen innen helsesektoren er organisert og regulert i Norge idag under punkt 3.

## 2 Objektivt ansvar

### 2.1 Historikk

#### 2.1.1 Objektivt ansvar i et europeisk, rettshistorisk perspektiv

Den europeiske rettstradisjon når det gjelder statens erstatningsplikt har lenge vært preget av at man hadde statsformen monarkisk enevelde. Siden kongen hadde fått sin autoritet og myndighet fra gud selv, kunne ikke staten, som i bunn og grunn var knyttet til kongens person, gjøre noe klanderverdig. Siden det eneste anerkjente ansvarsgrunnlaget var culpa, kunne ikke staten foreta seg noe som ville stifte erstatningsansvar. I fransk rett kom dette til uttrykk ved at "Le Roi ne peut mal faire"<sup>5</sup>, som betyr at kongen ikke kunne gjøre noe "galt" eller culpøst, og dermed var det heller ikke tenkelig at staten kunne bli erstatningsansvarlig.

#### 2.1.2 Tradisjonell begrunnelse og grunnlag for statens objektive erstatningsansvar i norsk rett

Man har i norsk erstatningsrett skilt mellom statens ansvar voldt ved myndighetsutøvelse og statens privatrettslige erstatningsansvar.<sup>6</sup> Overført til pasientskadesakene vil statens ansvar for å tilby nødvendig helsehjelp være et offentligrettslig ansvar, mens ansvaret for den enkelte pasientskade vil være privatrettslig. Denne grunnsetningen skal imidlertid nyanseres noe, da ressursreservasjonen i pasientskadeloven § 2 annet ledd, annet punktum innebærer at dette skillet muligens ikke kan trekkes så markant. Skillet er viktig fordi det tradisjonelt har blitt knyttet en mildere ansvarsvurdering når det kommer til erstatningsmessige forhold som kan falle inn under statens myndighetsutøvelse, enn hva som er tilfelle for mer privatrettslige forhold.

---

<sup>5</sup> Hagstrøm, Viggo, Offentligrettslig erstatningsansvar, Tano, 1987, side 26.

<sup>6</sup> Castberg, side. 273 ff (Hagstrøm, Offentligrettslig erstatningsansvar, Tano, 1987).

## 2.2 Utgangspunkter i ansvarsvurderingen etter pasientskadeloven

### 2.2.1 Pasientskadeloven

Det fremgår av pasientskadeloven § 2 første ledd, bokstav a), at for at en pasientskade skal utløse ansvar, må den skyldes en ”svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes”. Ordlyden tilsier at det er snakk om et objektivt ansvar, siden ansvarsgrunnlaget ikke er avhengig av skyld. Imidlertid er ikke dette et rent objektivt ansvar. Det kreves at det foreligger en ”svikt”. Det ligger utenfor oppgavens problemstilling å gå inn på hva som ligger i sviktbegrepet, men det kan kort nevnes at det i utgangspunktet vil være en svikt om behandlingen ikke er i tråd med alminnelige medisinske prinsipper og retningslinjer.

### 2.2.2 Forarbeidenes begrunnelse for objektivt ansvar

I NOU 1992: 6 Erstatning ved pasientskader, ble det blant annet drøftet hvorfor akkurat pasienter som skadelidte burde ha et sterkere vern enn andre skadelidte når det ikke forelå skyld fra skadevolder, altså fra staten sin side, i kapittel 8. Med sterkere vern mentes her at en lovfesting av retten til pasientskadeerstatning innebar en dekning av skadelidtes tap som gikk ut over folketrygdens rammer. Utvalget trakk frem at det ikke var gitt at staten skulle ha et objektivt ansvar ved pasientskader fordi helsetjenester blir ytet i pasientens interesse, og ikke i helsevesenet som skadevolder sin interesse. Utvalget pekte også på at det ikke ville være mulig å ha et rent objektivt ansvar og samtidig holde pasientskadeansvaret innenfor en forsvarlig kostnadsramme.<sup>7</sup> Hvis alle pasientskader automatisk ville utløse erstatningsansvar, ville statens utgifter til pasientskadeerstatning av naturlige årsaker kunne bli svært høye. Man falt likevel ned på at man anbefalte et delvis objektivt ansvar av hensyn til skadelidte da man hadde sett at mange pasienter som faktisk hadde krav på erstatning, ikke fikk gjennomslag for kravet sitt. Dette skyldtes blant annet at det kunne være vanskelig for en pasient å bevise skyld hos behandlingsstedet på grunn av manglende kunnskap om medisinske vurderinger.

---

<sup>7</sup> NOU 1992: 6, punkt 8.5, side 65-66.



I Ot. prp. nr. 31 (1998-1999) Om lov om erstatning ved pasientskader ble det i kapittel 8 også drøftet om det burde gis regler om objektivt erstatningsansvar ved pasientskader. Særlig Helsedirektoratet trakk frem viktigheten av at det objektive ansvaret ble betinget av at det forelå ”svikt” ved behandlingen. Direktoratet mente at det var ”særdeles viktig at et objektivt ansvar ikke beskrenser det offentliges muligheter for å styre og foreta prioriteringer innenfor helsevesenet”.<sup>8</sup> Man så for seg at staten ved et rent objektivt ansvar ville prioritere å gi større bevilgninger til de områdene hvor pasientskadeerstatningene potensielt kunne bli høyest. Ansvarsvurderingene ved pasientskade ville dermed kunne diktere hvor bevilgningene skulle gå, noe som ikke ble vurdert til å være pasientskadeerstatningens rolle. Direktoratet pekte også på at det ikke måtte bli slik at ”pasienter har krav på erstatning fordi en i ettertid kan konstatere at feil/skade sannsynligvis kunne vært avverget ved f. eks. behandling ved et annet sykehus med større faglig kompetanse enn ved sykehuset hvor behandlingen ble gitt”.<sup>9</sup> Direktoratet mente at et rent objektivt erstatningsansvar ville kunne innebære at pasienter ville få krav på optimal behandling, det vil si en slags utopisk, best tenkelig behandling, og ikke en forsvarlig behandling innenfor dagens faglige og økonomiske standard. Det ble i denne forbindelse henvist til daværende lovgivning om desentraliseringen av helsevesenet i Norge, som tilsa at en pasient ”må akseptere å få behandling i sin region, selv om et sykehus i en annen region er marginalt bedre”. En kan bemerke at desentralisering også er et politisk valg, og man kan derfor argumentere for at pasientskadeerstatning ikke bør kunne ha en innvirkning på spørsmålet om helsevesenet i Norge bør være desentralisert eller ikke.

### **3 Organisering og regulering av fordelingen av ressurser**

Som tidligere nevnt lyder pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum som følger: ”Utilstrekkelige ressurser skal ikke medføre ansvar dersom ressursfordelingen har vært forsvarlig og virksomheten i alminnelighet holder en forsvarlig standard.” Ordlyden innebærer en absolutt ansvarsreservasjon forutsatt at to vilkår er oppfylt: ressursfordelingen må

---

<sup>8</sup> Ot. prp. nr. 31 (1998-1999), punkt 8.3.

<sup>9</sup> Ot. prp. nr. 31 (1998-1999), punkt 8.3.

for det første ha vært ”forsvarlig” og helsetilbudet må for det andre leve opp til en ”forsvarlig standard”. I det følgende vil det redegjøres for hva som ligger i det første vilkåret, altså en forsvarlig ressursfordeling. Det vil også tas opp i hvilke tilfeller en kan sies å stå overfor en uforsvarlig ressursfordeling hvor ressursreservasjonen ikke gjør seg gjeldende.

Det er ifølge pasientskadeloven § 2 uklart om man kan påberope seg bestemmelsens ressursreservasjon for prioritetsbeslutninger på ethvert nivå fortsatt at beslutningen handler om ressursfordeling. Er det bare politiske budsjettprioriteringer lovgiver har ønsket skal omfattes av ressursreservasjonen i pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum, eller skal også administrative prioriteringsbeslutninger omfattes? For å svare på dette må det først redegjøres for hvem som har ansvar for å fordele hva på området for helsetjenester.

### **3.1 Historikk – fra kurpengefinansiering, rammefinansiering, innsatsstyrt finansiering (IFS) til samhandlingsreformen**

Norske myndigheter har siden 70-tallet hatt fokus på hvordan man best mulig skal kunne organisere helsetjenesten når det gjelder finansieringsmodeller. Det har blitt forsøkt flere forskjellige løsninger. Med innføringen av sykehusloven i 1969<sup>10</sup> fikk fylkene både ansvar for finansieringen av nye sykehus, samt utbyggingen av disse. Etter en utvikling på 70-tallet hvor sykehusene ble prioritert fremfor primærhelsetjenesten og distriktene, ble det fra politisk hold bestemt at ressursene måtte foreles annerledes. Kommunehelsereformen som ble innført i 1984 ga derfor mer myndighet og flere ressurser til kommunene. Hensynet bak reformen var at helsetilbudet på kommunalt nivå skulle styrkes. Dette var også grunnen til at kommunene i 1988 fikk overført ansvaret for sykehjemmene som tidligere hadde tilhørt fylkeskommunen, og ansvaret for helsevernet for psykisk utviklingshemmede i 1991. Kommunenes ansvarsområder ble ytterligere utvidet ved innføringen av fastlegeordningen i 2001.<sup>11</sup> Det var en styrking av helsetilbudet i kommunene som var motivasjonen for overgangen fra aktivitetsorientert finansiering basert på stykkprisreduksjon og kurpengefinan-

---

<sup>10</sup> Lov om sykehus m.v. LOV 1969-06-19 nr 57 (Opphevet).

<sup>11</sup> Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR 2000-04-14 nr 328.

sieringen av sykehusene til rammefinansiering fra 1980 til 1996.<sup>12</sup> Videre ønsket man i tillegg å sikre kostnadskontroll, samtidig som man ønsket å få en bedre geografisk fordeling av ressursene. Det ble ansett som mest hensiktsmessig at staten skulle føre denne kontrollen. Rammefinansieringen førte til en reduksjon av utgiftene til spesialhelsetjenesten, men bidro på samme tid til at incentivet til økt aktivitet ble redusert. Det ble i 1997 derfor innført innsatsstyrt finansiering (ISF) i spesialisthelsetjenesten. Dette økte både aktiviteten og produktiviteten i den somatiske spesialisthelsetjenesten, men medførte også en signifikant økning av utgiftene.<sup>13</sup> Modellen med ISF ble justert i 2006 for å stabilisere denne økningen i utgiftene.

Fra 1. januar 2012 ble samhandlingsreformen innført gradvis. Målet med reformen er å styrke helsetilbudet i kommunene ytterligere, men også å fokusere mer på forebyggende tiltak som på sikt kan redusere utgiftene. Reformen er lovfestet ved ny folkehelselov, ny felles lov for helse- og omsorgstjenesten i kommunene, og innebærer en plikt for kommunene til å samarbeide med regionale helseforetak. Reformen pålegger også kommunene et medfinansieringsansvar for innbyggeres forbruk av utvalgte somatiske helsetjenester. Det man ønsker å oppnå med denne reformen er også et stadig mer desentralisert helsetilbud, samt et bærekraftig økonomisk driftgrunnlag for spesialisthelsetjenesten. Samtidig som kommunene får større frihet til å organisere egne helsetjenester, har lovgiver stilt konkrete krav både til helsetjenestenes innhold og organiseringen av helsetjenestene. Dette kommer vi nærmere tilbake til under punkt 5.2.3.

## **3.2 Hvem fordeler hva**

### **3.2.1 Skillet mellom førsteordens og annenordens prioriteringsbeslutninger**

For å skille mellom prioriteringsbeslutninger på forskjellige nivåer i helsesektoren, sonderer man mellom *førsteordens* og *annenordens prioriteringsbeslutninger*.

---

<sup>12</sup> NOU 1996:5 Hvem skal eie sykehusene?

<sup>13</sup> Bjørn E. Hagen TP and Iversen T. Magnussen J. The effect of activity-based financing on hospital efficiency scores 1992-2000, *Health Care Management Science* 2003; 6(4):271-83.

Førsteordens prioriteringsbeslutninger treffes gjerne på et politisk eller administrativt nivå. Hensynet bak beslutningene på dette nivået er ivaretagelse av et helhetlig helsebudsjett. Det er for eksempel mest nærliggende at avgjørelser om hvor mange leger som skal utdannes eller hvor mange sykehus i en bestemt region som plikter å ha akuttmottak. Som vi skal komme nærmere tilbake til, vil denne typen beslutninger fattes både på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå.

Annenordens prioriteringsbeslutningene er beslutninger som fordeler ressursene til de konkrete mottakerne eller kanaliserer pasientene til riktig tilbud. Det vil være beslutninger på dette nivået som bestemmer at en pasient sendes hjem, mens en annen blir nærmere undersøkt. Hensynet bak slike prioriteringsbeslutninger vil være pasientens konkrete, medisinske tilfelle.

Det er viktig å ha i bakhodet at førsteordens og annenordens prioriteringsbeslutninger til daglig virker side om side. Det er på den ene siden helt nødvendig at de som vedtar helsebudsjettene på overordnet nivå fatter helhetlige beslutninger. På den andre siden ville det fort kunne fått uheldige konsekvenser om prioriteringsbeslutninger på annenordensnivå ikke tok hensyn til den enkelte pasientens konkrete situasjon.

### 3.2.2 Hovedaktørene i den offentlige finansieringen av helsetjenester

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for helsetjenestene i Norge, noe som inkluderer finansiering av disse. Finansieringen skal skje innenfor Stortingets gitte rammer i statsbudsjettet. I tillegg har kommunene, de regionale helseforetakene (RHF), helseøkonomiforvaltningen (HELFO) og fylkeskommunene ansvaret for å dekke utgiftene på sine respektive områder.

**Tabell : Løpende helseutgifter etter tilbyder, fordelt på finansieringskilde 2007. Prosent<sup>14</sup>**

	Totalt mill kr	Statlig Forvaltning %	Kommune og fylkeskommune %	Folketrygden %	Husholdningenes egenbetaling %
<b>Løpende helseutgifter totalt</b>	<b>189 209</b>	<b>42,2</b>	<b>28,3</b>	<b>13,1</b>	<b>16,3</b>
Somatiske sykehus	57 309	96,6	0,0	0,2	3,2
Institusjoner psy-	15 289	98,1	0,0	0,0	1,9

<sup>14</sup> SSB, Helseregnskap (<http://www.ssb.no/helsesat/tab-2012-04-19-07.html>)

kisk helsevern					
Spesialsykehus	1 719	97,6	0,0	0,0	2,4
Sykehjem	32 112	3,5	81,0	0,3	15,2
Legekontor	15 563	1,6	36,0	41,1	21,3
Tannlegkontor	9 849	0,0	15,6	9,0	75,4
Fysioterapeuter, kiropraktorer og paramedisinsk personell	3 406	0,0	0,0	55,3	44,7
Helsestasjon	1 871	4,8	91,4	2,0	1,8
Røntgeninstitutt og laboratorier	1 421	45,8	0,0	32,5	21,7
Produsenter av hjemmebaserte helsetjenester	18 785	0,0	97,3	0,0	2,7
Ambulansetjenester og andre helsetjenester	711	100,0	0,0	0,0	0,0
Produksjon og salg av medisinske varer til husholdningene	24 124	0,0	0,0	57,3	42,7
Administrasjon av offentlige helseprogram	3 191	84,3	13,7	0,0	2,0
Andre sekundære helsetjenester	3 588	62,5	0,0	29,1	8,3
Resten av verden	271	49,8	0,0	50,2	0,0

### 3.2.2.1 Stortinget

Stortinget har bevilgningsmyndighet, noe som kommer til uttrykk ved at det tar hånd om statsutgiftene, jf. Grunnloven § 75 bokstav d). Dette skjer hovedsakelig ved vedtakelse av statsbudsjettet hver høst. Bestemmelsens ordlyd, ”Statsudgiftene”, legger ingen begrensning på hva Stortinget kan bevilge penger til da utgiftene blir statlige gjennom vedtakelse av statsbudsjettet.<sup>15</sup> Imidlertid vil Stortinget være begrenset av statsfinansielle forhold, det vil si at det ikke kan bevilge mer penger enn summen av statens inntekter, formue og innlån. Stortinget kan i utgangspunktet spesifisere bevilgningene så mye det vil. Jo mer spesifisert bevilgningene er, jo mindre frihet får den øvrige forvaltningen til å foreta prioriteringer. Dette gjelder åpenbart også i helsesektoren.

<sup>15</sup> Helset, Per og Stordrange, Bjørn, Norsk statsforfatning, Gyldendal, 1998, s. 263-264.

### 3.2.2.2 Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet

Som tidligere nevnt har Helse- og omsorgsdepartementet det overordnede ansvaret for norske helsetjenester, noe som inkluderer å ha ansvaret for den statlige finansieringen. Det er Helse- og omsorgsdepartementet som regjeringskontor som på oppdrag fra Regjeringen legger frem forslag om årlig statsbudsjett.

### 3.2.2.3 Kommunene

Kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og sosialtjenester til alle de som er bosatt i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd. Med den nye samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012 og som gradvis skal implementeres, har kommunene fått et økonomisk ansvar for medisinske behandlingsperioder for alle aldersgrupper. Dette betyr at kommunene er pålagt et medfinansieringsansvar for helsetjenester. Hensikten med ordningen er å gi kommunene et insentiv til ”å holde oversikt over og dempe innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenesten” da ”satsing fra kommunene på forebygging og tidlig intervensjon vil understøtte målet om mer sammenhengende pasientforløp og kostnadseffektive løsninger.”<sup>16</sup>

### 3.2.2.4 Regionale Helseforetak

Norge er delt inn i fire helseregioner: Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. I hver av dem er det et regionalt helseforetak (RHF) som har ansvar for at befolkningen blir tilbudt spesialiserte helsetjenester eller spesialisthelsetjenesteloven. Det er staten som eier de regionale helseforetakene, noe som betyr at staten finansierer disse tilbudene. En skal imidlertid merke seg at en liten del av finansieringen foretas ved at pasientene betaler egenandeler, se tabellen ovenfor.

---

<sup>16</sup> Prop. 91 L (2010-2011), punkt 41.3

## 4 En forsvarlig ressursfordeling

### 4.1 Ressursfordelingen på det administrative nivået i helsesektoren

Som vi har sett ovenfor, fattes det daglig prioriteringsbeslutninger på et administrativt nivå i helsesektoren. For å kunne svare på hva som ligger i en uforsvarlig ressursfordeling, må en se hvilke prinsipper eller hvilket verdigrunnlag som gjelder for denne typen fordelinger.

#### 4.1.1 Prinsipper som skal legges til grunn – Lønning I og II

Sammenlignet med resten av verden var Norge tidlig ute med å vurdere hvilke prinsipper og retningslinjer som skulle være grunnlaget for ressursfordeling og prioriteringer i helsesektoren. Regjeringen Willoch nedsatte i 1985 det første utvalget (Lønning I) som skulle utrede hvilke prinsipper og verdier som skulle ligge til grunn for prioriteringer og ressursfordelinger innen helsesektoren i Norge. Man hadde før 1985 ingen retningslinjer for disse vurderingene, og man så dermed at prioriteringer ble foretatt etter medisinske tradisjoner. Avgjørelsene var i stor grad overgitt til den enkelte leges skjønn og var gjenstand for press fra interessegrupper. Man klarte dermed ikke å ivareta de overordnede politiske føringene på feltet. Det var – og er fremdeles – et klart behov for å foreta ressursfordeling innen helsesektoren, først og fremst fordi de tilgjengelige ressursene er begrenset. Selv om Norge er ett av verdens rikeste land med gode ressurser, så man tidlig at det var behov for prioriteringer innen de til enhver tid gjeldende økonomiske rammene. En beslutning om å bruke flere ressurser på et fagfelt eller en pasientgruppe, vil som regel gå ut over noe annet. I tillegg kommer det faktum at prioriteringer innen helsesektoren i en viss grad vil ”være avhengig av samfunnets prioritering av helsetjenesten i forhold til andre offentlige virksomhetsområder.”<sup>17</sup> Lønning I kom frem til følgende prioriteringskriterier eller prioriteringsmomenter som skulle ligge til grunn for prioriteringer av ressursene innen helsesektoren:

- sykdommens alvorlighetsgrad,
- like muligheter for behandling,

---

<sup>17</sup> NOU 1987:23, Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste, Kapittel 2, Sammendrag av utredningen.

- ventetid,
- helseøkonomiske aspekter, og
- pasientens eventuelle egenansvar for oppstått problem.

Ifølge utvalget skilte momentet ”alvorlig sykdom” seg ut som særlig tungtveiende og betydningsfullt. Dette var også det eneste momentet som etter utvalgets vurdering i visse situasjoner burde bli utslagsgivende, selv om ingen av de øvrige momentene talte for prioritering.

Etter at Lønning I fremla sine konklusjoner i 1987, tilkom det utover 90-tallet flere nye problemstillinger på feltet som det måtte tas stilling til, blant annet store teknologiske fremskritt som innebar at man kunne behandle flere tilstander enn tidligere. Dette forhøyet befolkningens forventninger til helsetjenesten og er en trend vi også ser i dag. Videre fant man at Lønning I sine konklusjoner hadde fungert godt som idégrunnlag, men at veiledningen la opp til et stort rom for skjønn og individuell tolkning. Dette var problematisk da man ikke fikk en helhetlig prioriteringsmodell med likebehandling av pasienter og administrative systemer. Brundtlands tredje regjering nedsatte derfor et nytt Lønningutvalg i 1996 som blant annet fikk i mandat å revurdere de nasjonale retningslinjene for prioritering i en ny kontekst. Videre skulle prioriteringsmodellen evalueres og ny eventuelt foreslås. Lønning II konkluderte med at det var tre kriterier som alle er relevante i prioriteringssammenheng: tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet. I forhold til Lønning I, kom Lønning II til at hensynet til kostnadseffektivitet måtte tillegges noe mer vekt enn det som hadde vært tilfelle mellom 1987 og 1996. Lønning II foreslo på denne bakgrunn kom til at prioriteringer burde foretas etter fire prioriteringsgrupper:

- 1) Prioriteringsgruppe I skulle dekke ”Grunnleggende helsetjenester”. Hva som ville være grunnleggende helsetjenester skulle vurderes ut i fra de tre kriteriene: tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet. I vedlegg 2 til NOU 1997: 18 (Lønning II), er det forsøkt å konkretisere hva som menes med disse kriteriene. Det ble også presisert at alle kriteriene måtte være oppfylt:
  - a) ”Tilstandens alvorlighetsgrad (minst ett av følgende vilkår må være oppfylt): 1) prognosetap: risikoen for å dø som følge av sykdommen i løpet av 5 år er større enn 5-10 prosent, 2) nedsatt fysisk eller psykisk funk-



sjonstilstand (eller stor risiko for slik nedsettelse): varig og sterkt nedsatt evne til å utføre de gjøremål pasienten vanligvis utfører i sin hverdag (yrkesaktivitet, skolegang, husarbeid osv.) eller de gjøremål sp, det er naturlig at pasienter i denne aldersgruppen kan utføre, 3) invalidiserende smerter som ikke reduseres tilstrekkelig ved bruk av ikke-respektbelagte smertestillende medikamenter. En indikator på sterke smerter kan være varig nedsatt evne til å utføre arbeid og dagliglivets alminnelige aktiviteter (påkledning, hygiene, søvn, matlaging osv.)”<sup>18</sup>

b) ”Forventet nytte (minst ett av følgende vilkår må være oppfylt): 1) økningen i sannsynlighet for 5-års overlevelse er større enn 10 prosent (absolutt risikoreduksjon), 2) forbedret fysisk eller psykisk funksjonstilstand: hel eller delvis *gjennopprettelse* av tidligere helsetilstand, 3) reduksjon av smerter som fører til bedret funksjonsnivå, 4) pleie og omsorg som kan sikre tilstrekkelig næringsinntak, naturlige funksjoner, hygiene, påkledning og mulighet for ytre stimulering eller sosiale kontakter”<sup>19</sup>

c) ”Kostnader: kostnadene bør stå i et rimelig forhold til tiltakets effekt”<sup>20</sup>

2) Prioriteringsgruppe II skulle dekke ”utfyllende tjenester” og ble definert negativt i forhold til prioriteringsgruppe I og III. Det ble i vedlegg 2 til NOU 1997: 18 uttalt at ”prioriteringsgruppen inneholder diagnostiske tiltak, screening, utredning, behandling, habilitering og rehabilitering og pleie og omsorg som ikke er omfattet av prioriteringsgruppe I og III”<sup>21</sup>

3) Prioriteringsgruppe III skulle omfatte lavt prioriterte tjenester, og det ble foreslått at det kunne gis av prioritet til tilstander som pasienten selv kunne ta ansvar for, tilstander som medførte ubetydelig nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå, tiltak som hadde liten forventet nytte (det vil si mindre en 5 % økt sannsynlighet for fem

---

<sup>18</sup> NOU 1997: 18, Prioritering på ny, side 201.

<sup>19</sup> NOU 1997: 18, Prioritering på ny, side 201-202.

<sup>20</sup> NOU 1997: 18, Prioritering på ny, side 202.

<sup>21</sup> NOU 1997: 18, Prioritering på ny, side 202.

års overlevelse eller som ikke gir forbedret fysisk eller psykisk funksjonsnivå av en viss varighet), tiltak med usikker medisinsk effekt (det vil si svak dokumentasjon), tiltak som er kostbare i forhold til nytten, samt pleie og omsorg som går utover å sikre livsfunksjoner og opprettholde et ”normalt” fysisk og sosialt aktivitetsnivå for pasienten”.<sup>22</sup>

- 4) Prioriteringsgruppe IV skulle omfatte tilstander og tiltak som overhodet ikke skulle ha prioritet innen det norske helsevesenet. Konkret foreslo Lønning II at dette kunne være ”tiltak som er dokument uten virkning på overlevelse, funksjonstilstand eller smerter, tilstander som helt klart faller utenfor allmenne oppfatninger om hva som er sykdom, tiltak med høy risiko, tiltak med ekstremt høye kostnader i forhold til forventet nytte og tiltak som det vil være uetisk å føre”.<sup>23</sup>

Konklusjonene fra Lønning II fikk stor politisk tilslutning, blant annet i St. Meld. Nr 26 (1999-2000) og Innst. S. Nr 172 (2000-2001). Dette har også kommet til uttrykk ved konkrete lovendringer, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b og prioriteringsforskriften § 2, som begge begrenser pasientrettigheter til å gjelde behandling hvis kostnad står i et ”rimelig forhold til tiltakets effekt”. Det finnes ingen fastsatt definisjon på hva som kan regnes som kostnadseffektivt, og svaret må bero på en konkret vurdering hvor man må se effekten av tiltaket i forhold til hva det koster å gjennomføre behandlingen. Helsedirektoratet uttaler i rapporten *Prioriteringer i helsesektoren – verdigrunnlag, status og utfordringer* at ”dersom effekten er svært liten og kostnadene er svært høye, vil det være bedre om ressursene blir brukt der en vinner mer i helseeffekt. Er gevinsten liten i forhold til kostnadene, betyr det at en går glipp av helsegevinster. Det er derfor uetisk å ikke vurdere kostnader mot effekt.”<sup>24</sup> Denne tankegang anerkjenner at om man bruker ressurser på en pasient, vil det nødvendigvis gå ut over en annen. Siden helsetjenesten har ansvar for alle pasienter, er det videre nødvendig å vurdere effekt i forhold til kostnad før en setter i gang med en konkret type behandling. Man ser dermed at kost-nyttevurderinger er relevante vurderinger å foreta

---

<sup>22</sup> NOU 1997: 18, Prioritering på ny, side 202.

<sup>23</sup> NOU 1997: 18, Prioritering på ny, side 203.

<sup>24</sup> *Prioriteringer i helsesektoren – verdigrunnlag, status og utfordringer*, rapport 2012, Helsedirektoratet, side 25.

ved prioriteringsbeslutninger i helsesektoren, i tillegg til sykdommens alvorlighetsgrad og den antatte effekten av behandlingen. Det fremgår av de to Lønningutvalgene at dette er et prinsipp som skal brukes av helsepersonell som treffer prioriteringsavgjørelser. For at vi skal kunne snakke om en forsvarlig fordeling av ressurser, må overnevnte prinsipper være tatt i betraktning.

#### 4.1.2 Samarbeidsprosjektet *Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten*

Siden Lønning II blant annet hadde konkludert med at prioriteringer ble foretatt på svært forskjellige måter, fremsatte utvalget blant annet forslag om å opprette faggrupper på de ulike medisinske feltene som skulle komme med anbefalinger om hva som skulle prioriteres ut i fra en helsefaglig standard. Tanken bak disse faggruppene var å bevisstgjøre de medisinske miljøene på prioriteringsproblematikken ved at de selv måtte ta stilling til hva som burde prioriteres. Samtidig så man viktigheten av å treffe prioritetsbeslutninger tuftet på et forsvarlig medisinsk skjønn. Til slutt var det et poeng at endringer måtte komme innenfra fagmiljøet for at de skulle få tilstrekkelig oppslutning. Helsedirektoratet og de fire regionale helseforetakene startet som et resultat av dette et samarbeidsprosjekt: *Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten*. Det ble nedsatt en rekke fag- eller arbeidsgrupper som skulle utarbeide veiledere for å klargjøre rettighetstildeling og fristfastsettelse innenfor 30 fagområder i spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppene har bestått av fagspesialister, brukerrepresentanter og fastleger. Disse veilederne er ment å være en beslutningsstøtte for de som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Veilederne gir råd om tildeling av rettighetsstatus og om maksimumsfrist for de pasientene som tildeles "rett til nødvendig helsehjelp". Prioriteringsveilederne har status som faglig veileder og er ikke bindende for helsepersonell. Imidlertid beskriver prioriteringsveilederen nasjonale helsemyndigheters oppfatning av rett fortolkning av regelverk, samt Helsedirektoratet og de regionale helseforetakenes felles oppfatning av hva som er faglig, medisinsk praksis i prioriteringsarbeidet. Helsedirektoratet har i hver veileder klart gikk uttrykk for at "dersom [helseforetaket eller helsepersonell] velger en annen praksis enn den som foreslås i prioriteringsveilederen,

bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering".<sup>25</sup> I tillegg til å sette føringer for hvordan prioriteringen av pasienten skal foregå på annenordensnivå (se ovenfor under punkt 4.1), beskriver veilederen dermed hvilke type behandlinger som anses som forsvarlig medisinsk standard. Dette kommer vi nærmere tilbake til under punkt 5 og vurderingen om hvilken minstestandard man skal kunne kreve av norske helsetjenester da det er en nær tilknytning mellom faglig medisinsk standard og den minstestandarden pasienter kan forvente av det norske helsevesenet.

#### 4.1.3 Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten

I 2000 ble det opprettet et *nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet*. Mandatet<sup>26</sup> slår fast at: "Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten har som formål å bidra til mer helhetlig tilnærming til problemstillinger om kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Rådet skal bidra til felles situasjons- og problemforståelse hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten slik at de ulike institusjoners tiltak og prosesser blir godt koordinert." Rådet er med andre ord "tiltenkt en rolle à la «Lønning II»s samordningsutvalg".<sup>27</sup> Rådet kan ikke komme med bindende uttalelser, men skal ha "en rådgivende funksjon når det gjelder problemstillinger som er knyttet til kvalitet og prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten".<sup>28</sup> Rådet har hatt en rekke interessante og dagsaktuelle saker til behandling, for eksempel spørsmålet om innføring av nye kreftlegemidler som kan gi pasienter med en alvorlig kreftdiagnose et tilbud om livsforlangende behandling. Imidlertid virker det ut i fra notatene til rådets møter, at de uttalelsene som rådet har kommet med, er svært generelle. I den overnevnte saken uttalte rådet blant annet at beslutninger om et konkret legemiddel skulle tilbys av det offentlige, måtte fattes på nasjonalt nivå av hensyn til likebehandling. Videre mente rådet det burde etableres et system for vurdering av ny og kostbar teknologi i helsetjenesten innenfor kreftområdet. Til slutt uttalte rådet at: "det er

---

<sup>25</sup> For eksempel: Prioriteringsveileder Kvinnesykdommer, IS 1642, Helsedirektoratet, 2008, side 4.

<sup>26</sup> Mandatet punkt 1: <http://www.kvalitetogprioritering.no/R%C3%A5det/Mandat>

<sup>27</sup> Halvorsen, Marit: "Nødvendig helsehjelp" som redskap for prioritering, Lov og rett 2004 side 143, på side 154.

<sup>28</sup> Mandatet punkt 2: <http://www.kvalitetogprioritering.no/R%C3%A5det/Mandat>

viktig å legge til rette for gode og verdige prosesser i livets slutfase. Det er viktig at det legges til rette for samtaler med pasient og pårørende om når det er riktig å avslutte eller ikke iverksette behandling, men heller fokusere på god livskvalitet i den siste tiden av livet".<sup>29</sup> Mye kan tyde på at *Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet* ikke har hatt den største innflytelsen i praksis, og at man derfor heller bør se hen til faggruppens konkrete anbefalinger i retningslinjene (se punkt 3.2.2.5) for å svare på hvilke prioriteringer man skal legge til grunn ved prioriteringer i helsesektoren.

#### 4.1.4 Prioriteringsforskriften

En av konsekvensene etter Lønning II og de prioriteringsgruppene utvalget foreslo innført, var at det kom nye regler om hvordan man skulle prioritere pasienter. Etter *forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd* (prioriteringsforskriften) nr. 1208 av 1. desember 2000 § 2 første ledd, må en pasienten oppfylle følgende vilkår før vedkommende vil ha rett til spesialisthelsetjenester: 1) pasienten må ha et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes, 2) pasienten må ha forventet nytte av helsehjelpen og 3) de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt. Juridisk teori<sup>30</sup> har uttalt at dette er en tredimensjonal måte å prioritere på, som i større grad en tidligere skulle se sammenhengen mellom pasientens sykdom, hvilken konkret nytte en kunne forvente av behandlingen, samt behandlingens kostnad.

#### 4.1.5 Særlig om livsforlengende behandling og prisen på et leveår

Den 30. august 2012 fremmet medlem av nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, kommuneoverlege Vegard Vige saken ”grenseverdi for offentlig be-

---

<sup>29</sup> <http://www.kvalitetogprioritering.no/Saker/Innf%C3%B8ring+av+nye+kreftlegemidler.14283.cms>

<sup>30</sup> Kjørstad, Asbjørn, Rett til helsehjelp etter sykehusloven og ventelisteforskriften i Kjørstad, Asbjørn og Syse, Aslak, Helserettslige emner, Oslo 1994, side 45 flg.

talingsvilje for effekt av tiltak i helsetjenesten”.<sup>31</sup> Forslaget til vedtaket i rådet går ut på at man ønsker å vurdere å fastsette en øvre grense for samfunnets maksimale betalingsvilje for effekten av tiltak i helsetjenesten. I kjølevannet av forslaget, har det blitt en diskusjon om innføring av en grenseverdi for behandlingstiltak, og hvordan dette stiller seg ved spørsmålet om kreftsyke pasienter som er i livets siste fase skal få tilbud om livsforlengende, men svært dyr behandling. Det fremgår av sakspapirene til rådet at en av grunnen til at dette komme opp nå, er at man ønsker åpenhet når det gjelder hvilket nivå man legger seg på i kostnadsvurderingene etter prioriteringsforskriften.<sup>32</sup> Det fremgår videre av sakspapirene at man i helevesenet i dag opererer med en uformell grense på ca 500 000 kroner. Det er ikke lagt politiske føringer på hvor store kostnader som konkret skal kunne brukes på en behandling utover at den skal stå i forhold til nytte og sykdommens alvorlighet (se ovenfor under punkt 4.1.4). Spørsmålet er særlig viktig i prioriteringssammenheng, da det blir spørsmål om hvilke pasienter samfunnet skal prioritere foran andre. Som politisk kommentator Thomas Boe Hornburg skrev i Aftenposten den 13. November 2012: ”for uten innpakning handler debatten om din datter eller sønn eller bestemor eller bestefar må dø litt tidligere eller nektes svært dyr og usikker behandling fordi vi heller vil bruke ressursene på annet vis”.<sup>33</sup> Selv om politikerne har vært tilbakeholdne med å ville fastsette en slik øvre utgiftsgrense for ett års levetid,<sup>34</sup> er det flere enn Hornburg som er positive til forslaget.<sup>35</sup> Konsekvensen av en slik innføring, vil for tolkningen av prioriteringsforskriften føre til at rettsanvendere i helsetjenesten vil ha konkrete og ikke minst allmennkjente regler å forholde seg til. En prioritering i strid med en slik regel, ville i alle fall være uforsvarlig prioritering, og kunne føre til at staten ikke kunne påberope seg ressursreservasjonen i pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum.

---

<sup>31</sup> Saksnummer 65/12, Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

<sup>32</sup> <http://www.kvalitetogprioritering.no/Saker/Behov+for+å+etablere+et+helhetlig+perspektiv+på+innføring+av+nye+legemidler+i+helsetjenesten.13943.cms>

<sup>33</sup> <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Prislapp-pa-ett-liv-7043698.html>

<sup>34</sup> <http://www.aftenposten.no/helse/Helsepolitikere-sier-nei-til-ha-prisgrense-pa-ekstra-levealder-7044330.html>

<sup>35</sup> <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Noen-ma-do-7048577.html>

## 4.2 Statens ressursfordeling

Som det er redegjort for ovenfor, er det staten ved statsbudsjettet som foretar den overordnede ressursfordelingen til helsesektoren gjennom statsbudsjettet. Når det gjelder ressursreservasjonen i pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum, blir spørsmålet i hvilken grad ressursfordelingen fra statens side på overordnet nivå kan være uforvarselig. Siden ressursreservasjonen som den fremstår i pasientskadeloven § 2 annet ledd, annet punktum i nyere tid ikke har blitt påberopt fra statens side i en sak om pasientskadeerstatning, vet vi ikke hvor langt denne rekker. Vi må dermed blant annet se hen til hvordan dette erstatningsspørsmålet er blitt løst på andre områder og i andre land.

### 4.2.1 Statens sjøveisansvar og utviklingen i norsk, juridisk litteratur

#### 4.2.1.1 Rt-1970-1154 (Tirranna)

M/S Tirranna grunnstøtte i Finnsnesrenna i 1966. Årsaken til forliset var at en rød lysbøye hadde sluknet, og navigatøren, som hadde stolt på at denne var tent, navigerte dermed feil og skipet gikk på grunn. Det at bøylen var slukket skyltes forhold som kunne klandres fyrvesenet. Rederiet saksøkte staten og krevde 6,5 millioner kroner i erstatning. Skadeserstatningsloven hadde på dette tidspunktet ennå ikke trådt i kraft, men Høyesterett løste likevel saken etter reglene om arbeidsgiveransvaret: utgangspunktet er at det foreligger et arbeidsgiveransvar ”dersom det forsettlig eller uaktsomt er begått feil eller utvist forsømmelighet i tjenesten og dette med adekvat virkning har gjort seg gjeldende i et hendelsesforløp som har ført til en ulykke, vil staten kunne bli ansvarlig, helt eller delvis.”<sup>36</sup> Høyesterett fravek imidlertid dette utgangspunktet fordi det var snakk om en servicevirksomhet som staten påtok seg. Det ble slått fast at det måtte finnes en spesiell begrensning for offentlig virksomhet som tok sikte på å bidra til å skape ferdsel- og trafikksikkerhet. Videre måtte fyr- og merkevesenet omfattes av denne begrensningen. For at staten skulle bli ansvarlig, måtte det for slike servicevirksomheter kreves at det forelå feil og forsømmeligheter som innebar et ”betydningsfullt avvik fra den grad av trygghet for de sjøfarende som virksomheten tar

---

<sup>36</sup> Rt-1970-1154 (Tirranna), side 1156.

sikte på å tilveibringe”.<sup>37</sup> Med dette som utgangspunkt konkluderte Høyesteretts flertall (4-1) med at svikten ikke var et vesentlig eller upåregnelig avvik fra ”den grad av trygghet som fyr- og merkevesenet har påtatt seg å etablere i dette farvann”.<sup>38</sup>

En nærmere begrunnelse for denne tolkningen finner vi i forarbeidene til skadeserstatningsloven: ”På en rekke områder hvor det offentlige virksomhet hvor en feil kan bevirke særlig store skader, har virksomheten mer eller mindre karakter av bistand eller service. (...) Et ansvar for det offentlige for skader som skyldes feil i slike virksomheter, kan neppe begrunnes med like sterke lovgivningspolitiske hensyn som det vanlige arbeidsgiveransvar. (...) Det dreier seg om virksomheter som staten (frivillig) forestår i alle vedkommendes interesse (typisk: alle sjøfarende). Ut fra mer alminnelige rettferdshensyn kan det neppe sies å være opplagt at det offentlige i slike tilfelle uten videre bør være ansvarlig for feil som blir begått”.<sup>39</sup>

En kan stille spørsmålet hvilken prejudikatsverdi Rt-1970-1154 skal ha. Det er i juridisk teori<sup>40</sup> blitt hevdet at det at dommen ikke ble avsagt med grunnlag i den nye skadeserstatningsloven, taler for at den ikke kan anvendes på dagens erstatningsregler. Selv om Høyesterett ikke eksplisitt anerkjenner det, tok den i bruk de samme prinsippene som nå fremgår av skadeserstatningsloven. Resultatet ville mest sannsynlig ha blitt det samme, noe som trekker i retning av at denne dommen fortsatt skal kunne være av betydning. Selv om dommen handler om praktiseringen av forsvarlighetskravet for det offentlige og hva borgerne skal kunne forvente av offentlige servicevirksomheter, er det ikke gitt at dommens kan anvendes på andre områder enn ”offentlig virksomhet som tar sikte på å bidra til å skape ferdels- og trafikkikkerhet”. Det finnes svært sprikende oppfatninger i juridisk teori på hva som er korrekt svar på dette. Nygaard synes å ikke ville ilegge dommen noen som helst generell betydning. Han uttaler blant annet: ”når det gjeld serviceverksamnd eller

---

<sup>37</sup> Rt-1970-1154 (Tirranna), side 1156.

<sup>38</sup> Rt-1970-1154 (Tirranna), side 1158.

<sup>39</sup> Ot.prp. nr. 48 (1965-1966) side 56.

<sup>40</sup> Hagstrøm, Offentligrettslig erstatningsansvar, Tano, 1987, side 396 og Nygaard, Skade og ansvar, side 231.



bistandsytingar, er ansvaret for fyrtenesta relativt godt avklåra ved Tirrannadommen”.<sup>41</sup> Dette standpunktet forklares med at Nygaard mener at det nærmere innholdet i ansvarsreglene må utformes hvor for seg på de ulike serviceområdene.<sup>42</sup> Nyere juridisk teori ved Liisberg har i stor grad sluttet seg til denne forståelsen av Rt-1970-1154 sitt anvendelsesområde.<sup>43</sup> Mer om dette under punkt 4.2.1.2.

Når det gjelder forståelsen av prejudikatsverdien til Rt-1970-1154 (Tirranna), henviser Lødrup til Rt-1991-954 (Reisegaranti) hvor ”den milde culpanormen i Tirranna-dommen også ble lagt til grunn”.<sup>44</sup> Lødrup mener med andre ord at Rt-1970-1154 skal legges vekt på, forutsatt at man befinner seg på området for statens servicevirksomhet.

Hagstrøm er mer kritisk til Rt-1970-1154 (Tirranna) sitt anvendelsesområde for virksomheter som ikke har med ferdels- og trafikksikkerhet å gjøre. Han konkluderer med at dommen vil være relevant på andre områder hvor det offentlige yter en service, men at den kun må oppfattes som veiledende. Den konkrete vekten av dommen vil avhenge av at ingen tungtveiende hensyn taler for at prinsippene i dommen må vike.<sup>45</sup> Om dommen skal få betydning for et annet område hvor staten yter en service, må derfor avgjøres konkret ut i fra en helhetsvurdering. I doktorgradavhandlingen sin behandler Hagstrøm kort hvilken plass det offentlige helsevesenet har erstatningsrettslig; den virksomheten helsevesenet bedriver har karakter av bistands- og hjelpevirksomhet. Rt-1970-1154 (Tirranna) får dermed anvendelse på denne type virksomhet.<sup>46</sup> Imidlertid understreker Hagstrøm at det må vurderes konkret hvor store krav borgerne kan stille til slike virksomheter. Dette vil vi komme nærmere tilbake til i vurderingen av hvilken minstestandard vi kan forvente av det norske helsevesenet.

---

<sup>41</sup> Nygaard, Nils, Skade og ansvar, Universitetsforlaget, 2007, side 237.

<sup>42</sup> Nygaard, Nils, Skade og ansvar, Universitetsforlaget, 2007, side 427.

<sup>43</sup> Liisberg, Bent, Erstatningsansvaret for offentlig virksomhet, Fagbokforlaget, 2005, side 338-342.

<sup>44</sup> Lødrup, Petter, Lærebok i erstatningsrett, Gyldendal, 2009, side 190.

<sup>45</sup> Hagstrøm, Viggo, Offentligrettslig erstatningsansvar, Tano, 1987, side 397.

<sup>46</sup> Hagstrøm, Viggo, Offentligrettslig erstatningsansvar, Tano, 1987, side 409.

#### 4.2.1.2 Liisbergs tolkning av dommer fra HR på området

I sin doktorgradavhandling<sup>47</sup> fra 2005, foretok Liisberg en nærmere granskning av Høyesterettsdommene som tradisjonelt har dannet grunnlaget for læren om den milde culpa-normen som antas å gjelde statens erstatningsansvar for skade voldt av statens egne servicevirksomheter. Liisberg mener at Høyesterett aldri har stadfestet en slik mild culpa-norm. Som det er nevnt ovenfor, har juridisk teori tolket Tirranna-dommen dit hen at den danner grunnlaget for denne læren. Liisberg anfører at denne tolkningen av Tirranna-dommen og forarbeidene til skadeserstatningsloven har skjedd ut i fra en feiltolkning av tekstene: "Feilene bunner primært i en kontekstløs og historieløs tolkning av termer som *feil*, *forsømmelse* (*forsømmelighet*), *uaktsomhet* og *culpa* (...). Man har ukritisk lagt til grunn at disse begreper er ensbetydende med ferdigvurdert ansvarsbetingende culpa, og oversett det vitale poeng som forarbeidene til skadeserstatningsloven gjentar og gjentar til det kjedsommelige; *tilleggsvilkåret* – og i bunn og grunn *hovedvilkåret* – om at vedkommende *feil*, *forsømmelse*, *uaktsomhet* eller *culpa* må være rettstridig i forhold til skadelidte og de skadede interesser".<sup>48</sup> Liisberg argumenterer for at heller ikke etterfølgende rettspraksis ved Rt-1991-954 (Reisegaranti) er grunnlag for å operere med en mild culpa-norm for staten når det gjelder servicevirksomheter. Han viser til at domspremissene er så uklare at dommen uansett ikke kan tillegges vekt for eller imot en mildt culpanorm.<sup>49</sup> Fra 90-tallet avsa Høyesterett en rekke dommer som la en mild culpa-norm til grunn: Rt-1992-453 (Furunklose), Rt-1999-1903 (Hjelpeverge), Rt-1999-1517 (Mysis) og Rt-2002-654 (Knærten). Liisberg fremhever at ingen av dommene *anvender* en midl culpa-norm, men opererer med en "forestilling" om en slik norm. Dette betyr at Høyesteretts uttalelser om en mild culpa-norm i disse dommene veier mindre i og med at de kan oppfattes som obiter dictum. Heller ikke i Rt-2000-253 (Sollihøgda) blir den milde culpa-normen anført, selv om den uttales i

---

<sup>47</sup> Liisberg, Bent, Erstatningsansvaret for offentlig virksomhet, Fagbokforlaget, 2005.

<sup>48</sup> Liisberg, Bent, Erstatningsansvaret for offentlig virksomhet, Fagbokforlaget, 2005, side 669.

<sup>49</sup> Liisberg, Bent, Erstatningsansvaret for offentlig virksomhet, Fagbokforlaget, 2005, side 471.

klartekst. Liisberg konkluderer med at dommene verken isolert eller sett i sammenheng, er et tilstrekkelig grunnlag for å gjøre gjeldende en mild culpa-norm.

#### 4.2.2 Svenske rettskilder

Selv om ikke svenske rettsregler kan gjøres direkte gjeldende i norsk rett, kan<sup>50</sup> svenske rettsregler være relevante ved tolkningen av norske erstatningsregler, da rettssystemene er forholdsvis like. I tillegg kan svenske uttalelser av hvordan en regel skal forstås være relevant for norske regler av harmoniseringshensyn.<sup>51</sup> Dette betyr at svenske tolkninger også kan gjøres gjeldende i norsk rett.

##### 4.2.2.1 Den svenske statens sjøfartsansvar – Tsesis

M/T Tsesis grunnstøtte den 26. oktober 1977 på et skjær i Stockholms skjærgård. Skjæret var ikke avmerket på noe sjøkart og var heller ikke avmerket på noen annen måte. Skjæret lå også innenfor en fyrsektor. Fartøyet begynte å lekke som en følge av grunnstøtingen, og 600 tonn olje rant ut i sjøen. Dette førte til omfattende oljeskader. Det ble så spørsmål om hvem som skulle være ansvarlig for grunnstøtingen og de påfølgende oljeskadene. Rederiet anførte at de hadde fulgt merkingene på sjøkartet til punkt og prikke, og at det måtte være den svenske stat ved sjøkartverket som på objektivt grunnlag var ansvarlig for skadene siden sjøkartet ikke var oppdatert. Sjøkartverket hadde utført målinger i området i 1969. Skjæret hadde da blitt oppdaget, men målelederen hadde unnlatt å melde fra om skjæret til losmyndighetene og sjøkartverket. Dette fordi han hadde vurdert skjærets beliggenhet dit hen at det lå nær oppmerket farleden, men tross alt så langt utenfor at det ikke kunne anses som en fare for passerende fartøy. Tsesis-dommen, inntatt i Nordiske Domme i Sjøfartsansliggender 1983 side 1, ble avsagt den 13. januar 1983 i svensk Høyesterett. Problemstillingen var hvem som var ansvarlig for grunnstøtingen av Tsesis. I den forbindelse var spørsmålet blant annet om de tilgjengelige ressursene staten hadde var relevante for vurderingen av om en arbeidsoppgave staten selv hadde påtatt seg, det vil si markering av sjøkart, var *organisert* og *utført* på forsvarlig vis.

---

<sup>50</sup> Eckhoff, Torstein, Rettskildelære, Universitetsforlaget, 2001, side 285.

<sup>51</sup> Eckhoff, Torstein, Rettskildelære, Universitetsforlaget, 2001, side 291.

De målingene som hadde blitt skrevet ned, var umiddelbart blitt sendt til sjøkartverket. Da ulykken skjedde i 1977, åtte år etter at målingene var foretatt, var opplysningene fra målingen imidlertid ennå ikke bearbeidet av sjøkartverket. Svensk Høyesterett kom til at bearbeidelsen var ”innom ramen för tillgängliga ekonomiska och personella resurser”. Den svenske staten var ikke ansvarlig for at måleresultatene ikke var blitt bearbeidet av sjøkartverket i perioden fra 1969 til 1977: ”bristen på personalresurser, betingad av den begränsade anslagstilldelingen, (...) fåoranlett att man inom sjöfartsverket funnit sig tvingad att låta den slutliga utvärderingen av inkomna mätningsresultat anstå under jämförelsesvis lång tid. Och att man valt att organisera sjömättnings- och utvärderingsarbetet på det sätt som skett och medfört långvarig arkivering av mätningsmaterialet före den slutliga utvärderingen kan (...) innta innefatta fel eller försummelse från statens sida.”<sup>52</sup>

Domstolen kom videre til at det forelå culpa fra målelederen side idet han burde ha innsett at målingene samlet sett var så store at grunnen likevel burde rapporteres til kartverket som farlig. Dersom måleren hadde rapportert grunnen og egen vurdering av beliggenheten omgående, ville sjøkartverket sørget for merkning, og det ville være en mulighet for at Tsesis-ulykken kunne ha vært unngått.

Dommen har blitt kritisert av juridisk teori ved blant annet Erling Selvig.<sup>53</sup> Selvig påpeker at synspunktet som fremgår av det overnevnte sitatet også er et synspunkt som man er kjent med i Norge, blant annet i Rt-1970-1154 (Tirrana). Ressursreservasjonen i pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum er et direkte resultat av et slikt prinsipp. En kan derfor bruke analyses av Tsesis-dommen i vurderingen av hvor langt ressursreservasjonen i pasientskadeloven strekker seg.

Selvig er som nevnt kritisk til svensk Høyesteretts avgjørelse av Tsesis-saken. Prinsippet i Tsesis-dommen innebærer ifølge Selvig at: ”spørsmålet om en arbeidsoppgave staten har påtatt seg er organisert og utført på forsvarlig vis, blir å vurdere på bakgrunn av tilgjengelige ressurser”.<sup>54</sup> Det er kan synes rimelig at tilgjengelige ressurser setter skranker for statens

---

<sup>52</sup> Nordiske Dommer i Sjøfartsanliggende, Rich Andvord, 1983 (ND 1983), side 16.

<sup>53</sup> Nordiske Dommer i Sjøfartsanliggende, Rich Andvord, 1983 (ND 1983), side V flg.

<sup>54</sup> Nordiske Dommer i Sjøfartsanliggende, Rich Andvord, 1983 (ND 1983), side VI.

erstatningsansvar da det lett vil kunne karakteriseres som urimelig å kreve en høyere standard enn det tilgjengelige ressurser tillater. Imidlertid anfører Selvig at prinsippet innebærer at dersom domstolene skulle kreve ”et høyere sikkerhetsnivå eller forøvrigt stille strengere krav til forsvarlig handlemåte enn det ressursene tillater, ville det resulterende erstatningsansvar også innebære kritikk av den bevilgende myndighet”.<sup>55</sup> Svensk Høyesteretts konklusjon mellom at det forelå årsakssammenheng mellom målelederens unnlattelse av å melde sin vurdering og det at Tsesis grønnstøtte, viker i tillegg å dra årsakssammenhengen noe langt. Da kystvesenet åtte år etter innrapporteringen ikke hadde behandlet resultatene, virker det ikke sannsynlig at de hadde behandlet det annerledes avhengig av de innmeldte resultatene. Konklusjonen kan derfor sies å gjenspeile en motvilje mot å kritisere myndighetenes organisering av en servicevirksomhet, her kystvesenet. Slik som resultatet ble i både Tsesis-dommen og i Tirranna, må domstolen først konstatere at det foreligger skyld hos en offentlig tjenesteperson for at staten skal kunne bli ansvarlig for skade voldt av en servicevirksomhet. Det kan synes noe ironisk at ansvar må konstateres i form av culpa på individnivå hos en offentlig tjenesteperson, mens ”organiseringen og ledelse av det ”vesen” han arbeider innenfor er derimot hevet over kritikk”.<sup>56</sup> Selvig spør retorisk om det ikke her foreligger en overdreven respekt for bevilgningsmyndigheten.

En kan videre argumentere for at siden rederiet faktisk fikk utbetalt erstatning, spiller det ikke noen rolle hvilket ansvarsgrunnlag som ble konstatert. Resultatet ble det samme for alle parter, men dette er en sannhet som må nyanseres; målelederen ble kjent personlig ansvarlig for at Tsesis grunnstøtte. Svensk Høyesterett konstaterte en direkte årsakssammenheng mellom hans vurderingsfeil (målelederen hadde ikke rapportert sin vurdering om at grunnen lå nært, men at han tross alt ikke anså den som farlig) og det at Tsesis gikk på grunn. Selvig fremhever at målelederen ifølge svensk Høyesterett ikke hadde ”rett til å regne med at oppmålingsresultatene ville bli bearbeidet av sjøkartverket – selv ikke i en periode på åtte år. (...) Det som unnskyldte sjøkartverket, ble holdt imot ham”.<sup>57</sup>

---

<sup>55</sup> Nordiske Dommer i Sjøfartsanliggende, Rich Andvord, 1983 (ND 1983), side VI.

<sup>56</sup> Nordiske Dommer i Sjøfartsanliggende, Rich Andvord, 1983 (ND 1983), side VI.

<sup>57</sup> Nordiske Dommer i Sjøfartsanliggende, Rich Andvord, 1983 (ND 1983), side VI.

Tsesis-dommen, men også den generelle ressursreservasjonen til staten i erstatningsspørsmål etter pasientskadeloven, medfører en rekke rettspolitiske konsekvenser. Selvig anfører for det første at det innebærer en svekkelse av erstatningsvernet på områder hvor staten har påtatt seg et ansvar.<sup>58</sup> Selv om det er snakk om en service som staten selv har påtatt seg, selv om den strengt tatt ikke trenger å yte servicen, har borgerne en berettiget forventning av at staten skjører de oppgavene den selv har påtatt seg på en forsvarlig måte. Denne forventningen gjelder uavhengig av grunnen til at staten har påtatt seg den aktuelle oppgaven. På helsefeltet vil man for eksempel kunne ha en forventning om at staten vil holde befolkningen frisk.

For det andre vil man med en ressursreservasjon fra statens side risikere at domstolen stiller strenge krav til offentlige tjenestepersoner for å kompensere for manglende ansvarsgrunnlag på statens side. Ansvar flyttes fra statsnivå ned på individnivå, ofte ved å strekke årsakssammenhengskravet som vist i Tsesis-dommen (det ble konstatert årsakssammenheng mellom målelederens vurdering for åtte år siden og Tsesis-ulykken, noe som kan virke svært urimelig overfor målelederen). Dette er uheldig da staten i mange tilfeller vil være nærmest til å bære et slikt ansvar heller enn at dette skal flyttes over på enkeltmennesker.

Hovedspørsmålet blir hvilket ansvar som skal knyttes til de ulike statlige aktiviteter. Selvig mener at den eneste måten statens sjøfartsansvar kan gis egnet utforming på, er hvis også organiserings- og lederfunksjonene i det statlige sjøsikkerhetsarbeidet undergis en culpa-vurdering uansett om dette også vil resultere i gransking og muligens kritikk av statsmyndigheters handlemåte. Selvigs synspunkt gjør seg også gjeldende på området for pasientskadeerstatning, da man også her bør unngå en løsning som innebærer en forsiktighet med å granske statens organisering av helseforetakene, da dette kan føre til en uheldig flytting av ansvar fra organisasjonsnivå til individnivå.

---

<sup>58</sup> Nordiske Dommer i Sjøfartsanliggende, Rich Andvord, 1983 (ND 1983), side VII.

#### 4.2.2.2 Svenske regler og *patientskadelagen*

Den svenske pasientskadeserstatningsordningen er en lovfestet forsikringsordning som pålegger samtlige helseforetak, inklusiv apotekvesenet,<sup>59</sup> å ha en forsikring som dekker pasientskader. Den ble innført i 1975, men ikke lovfestet før i 1994. Det ble i forbindelse med lovfestingen gjort en revisjon av ordningen, jf. SOU 1994: 75. Ordningen ble på nytt revidert i 2004, jf. SOU 2004: 12. Som ved den norske ordningen, er det en forutsetning for å få tilkjent erstatning at pasienten er blitt påført en *pasientskade*, jf. *patientskadelagen* (1996:799) 6 §. Både psykiske og fysiske skader faller inn under loven, men det er påpekt i forarbeidene at psykiske skader vil være vanskeligere å påvise enn fysiske.<sup>60</sup> Det er videre et vilkår at det foreligger årsakssammenheng mellom skaden og det behandlingstilbudet pasienten har fått, jf. *patientskadelagen* 6 § första stycket. Ved vurderingen om det behandlingstilbudet pasienten har fått skal gi grunnlag for erstatning, legger man i svensk rett spesialistmålestokken til grunn, jf. *patientskadelagen* 6 § andra stycket. Dette vil si at man måler behandlingen pasienten har fått ut fra hva en erfaren spesialist ville ha gjort, og ikke ut i fra hva en tilsvarende behandler hadde forutsetning for å gjøre, som er tilfelle i norsk rett.

Det er flere begrensninger i den svenske pasientskadeloven som er innført for å at man skal holde seg innenfor en forsvarlig, økonomisk ramme. En av dem er bestemmelsen om egenandel ("självrisk") i *patientskadelagen* 9 §. Bestemmelsen går ut på at egenandel under 700 svenske kroner erstattes ikke etter ordningen selv om øvrige vilkår for å få tilkjent erstatning er oppfylt. Dette kan ses i sammenheng med de norske reglene som at økonomisk tap på under 5 000 norske kroner ikke erstattes. Det er i den svenske ordningen også inntatt en reservasjon i ansvarsvurderingen i de tilfellene ressursituasjonen tilsier at man ikke kunne ha gitt bedre behandling enn det som faktisk ble gitt. Dette kommer inn i vurderingen om det foreligger svikt i behandlingen, det vil si etter en bedømmelse om behandlingen burde

---

<sup>59</sup> Ot prp nr 31 (1998-1999), Om lov om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven), punkt 5.2.3

<sup>60</sup> SOU 2004: 12, *Patientskadelagen och läkemedelsförsäkringen – en översyn*, punkt 3.2.1, side 43.

ha vært beder.<sup>61</sup> I en avgjørelse fra den svenske Pasientskadenämnden,<sup>62</sup> ble det for eksempel uttalt i forbindelse med ansvarsvurderingen at ”Någon anmärkning kunde heller inte ritas mot sättet att använda befintliga resurser trots ständig byten av vårdpersonal. Nämn- den framhöll också att bristande resurser i sig inte grundar erstatning”.<sup>63</sup> Det står ikke mye om hvordan denne ressursbegrensningen er ment å forsås i de svenske forarbeidene, men som det fremgår av sitatet ovenfor, har svenske forarbeider tolket ressursbegrensningen i svensk rett dit hen at mangelfulle resurser i seg selv ikke er nok for å tilkjenne erstatning. Det kreves at det er årsakssammenheng mellom manglende resurser og en eventuell svikt. Det henvises i de svenske forarbeidene også til de norske forarbeidene og vår ressursbe- grensningsregel i pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum,<sup>64</sup> men annet enn en beskrivelse av den norske ordningen er ikke gitt. Siden den svenske ressursbegrensningsre- gelen, synes å gjøre seg gjeldende

#### 4.2.3 Grunnlovsvern av helserettigheter og betydningen for Stortingets bevilgningsmyndighet

Det fremgår av Grunnloven § 75 bokstav d) at det er Stortinget som har myndighet til å ”bevilge de til Statsudgifterne fornødne Pengesummer”. Stortinget står i stor grad fritt når det gjelder bruk av bevilgningsmyndighet, men det finnes noen begrensninger i denne fri- heten. For det første er Stortinget bundet av statsfinansielle forhold. I dette ligger det at Stortinget ikke kan bevilge mer enn summen av statens inntekter, formue og innlån.<sup>65</sup> For det andre er Stortinget pålagt å ta hensyn til såkalte *bundne* eller *faste* statsutgifter. Dette er utgifter som ”går igjen på budsjettet fra år til år, og som ikke kan sløyfes uten at det går ut over statens evne til å løse sine grunnleggende oppgaver. I juridisk språkbruk anvendes uttrykket bare om de utgifter som staten er *rettslig forpliktet til å dekke*, men da uten hen-

---

<sup>61</sup> SOU 2004: 12, punkt 3.2.2, side 45.

<sup>62</sup> Rättsfall Försäkring och Skadestånd (RFS) 2000:20.

<sup>63</sup> SOU 2004: 12, punkt 3.2.1, side 44.

<sup>64</sup> SOU 2004: 12, punkt 7.1.4, side 104.

<sup>65</sup> Helset, Per og Stordrange, Bjørn, Norsk statsforfatning, Gyldendal, 1998, side 264.



syn til om det er en årlig utgift eller en engangsutgift”.<sup>66</sup> Lovbestemte forpliktelser som rett til helsehjelp, vil være eksempler på slike bundne statsutgifter. Stortinget plikter med andre ord å bevilge de nødvendige midler til å dekke disse utgiftene.<sup>67</sup> Dette betyr at en rettighetsbasert lovgivning vil ikke bare være bindende for staten som bevilgningsmyndighet, men også for kommunene.<sup>68</sup> ”Når kommunen har lovbestemte plikter overfor borgerne, må de ved budsjetteringer bevilge tilstrekkelige midler til å dekke slike utgifter. En kommune kan ikke bygge rådhus, kinoer, idrettshaller o.l. uten at den først setter av midler til å yte” den helsehjelp som den er forpliktet til etter gjeldende lovverk.<sup>69</sup>

### 4.3 Delkonklusjon

#### 4.3.1 Prioriteringer på det administrative nivået i helsevesenet

Vi ser dermed at prioriteringer av pasienter på det administrative nivået i helsevesenet må leve opp til bindende retningslinjer. Man kan kalle dette en forsvarlighetsstandard. I stor grad gjøres likevel disse prioriteringene ut i fra et faglig medisinsk skjønn. Dette betyr at prioriteringene er nært tilknyttet til den minstestandarden som man kan forvente av det norske helsevesenet. En prioritering i strid med overnevnte retningslinjer, vil være en ufor-svarlig fordeling av ressurser, og føre til at staten ikke kan gjøre gjeldende pasientskade-erstatningsloven § 2 andre ledd, andre punktum. Imidlertid vil man i tillegg måtte se hen til den medisinske minstestandarden som det skal redegjøres for i punkt 5.

#### 4.3.2 Budsjettprioriteringer på statlig nivå

Som sett ovenfor, har ikke bevilgende myndighet (Stortinget) full frihet når det gjelder budsjettprioriteringer i helsesektoren. Stortinget kan ikke prioritere seg bort fra utgifter knyttet til bundne etter faste statsutgifter, som typisk vil være lovpålagte plikter til å yte en

---

<sup>66</sup> Andenæs, Johs. og Fliflet, Arn, Statsforfatningen i Norge, Universitetsforlaget, 2005, side 219.

<sup>67</sup> Kjønstad, Asbjørn og Syse, Aslak, Velferdsrett I, Gyldendal, 2008, side 220.

<sup>68</sup> Bernt, Jan Fridthjof, Kan kommunalt selvstyre og rettssikkerhet forenes?, Lov og Rett, 1994, side 67-92.

<sup>69</sup> Kjønstad, Asbjørn og Syse, Aslak, Velferdsrett I, Gyldendal, 2008, side 220.

tjeneste. Hva disse bundne utgiftene konkret er fremgår på helsefeltet av hvilke plikter som den norske stat er pålagt å yte og hvilke pasientrettigheter som borgerne kan gjøre gjeldende overfor staten ved helsetjenesten. For å kunne svare på i hvile tilfeller staten som bevilgningsmyndighet gått utenfor det som vil være en forsvarlig ressursfordeling, må en vurdere hvilke krav en kan stille til det norske helsevesenet. Dette vil det bli redegjort for i det følgende.

## **5 Minstestandard – hvilke krav kan en stille til det norske helsevesenet?**

Som redegjort for ovenfor, vil hva som er en forsvarlig ressursfordeling blant annet avhenge av de krav man kan stille til det norske helsevesenet. Bevilgningsmyndigheten må antas å måtte utføres i tråd med en viss minstestandard. Denne standarden vil både gjøre seg gjeldende når det gjelder spørsmålet om hvilken faglig og rettslig standard en kan kreve av helsevesenet, samt hvordan bevilgningsavgjørelsene fattes.

### **5.1 Historisk utgangspunkt – Rt-1990-874 (Fusa) – en minstestandard**

Fusa-saken gjaldt spørsmålet om rett til hjemmesykepleie og hjemmehjelp for en kvinne som var sterkt funksjonshemmet. Hun hadde opprinnelig fått et vedtak på at hun skulle få 20 timers hjelp per uke. Da saken var oppe i tingretten (den gang herredsretten), la domstolen betydelig vekt på sakkyndigvurderingen av hvor stort hjelpebehov kvinnen hadde. Det ble avsagt dom for at hun trengte 43 timers hjelp per uke. Da saken kom til Høyesterett, var kvinnen død, og det ble derfor ikke aktuelt å bestemme hvor mange timer med hjelp hun skulle ha i uken. Imidlertid ble vedtaket på 20 timers hjelp per uke kjent ugyldig fordi ”det var åpenbart at det ikke tilfredsstilte hennes helt livsviktige behov for stell og pleie.”<sup>70</sup> Dommen er viktig da den står fast at det offentlige som serviceyter på helsefeltet må leve opp til en ulovfestet minstestandard. Forvaltningsavgjørelser fattet i strid med denne minstestandarden vil kunne bli kjent ugyldig. Dette er interessant også på pasientskadeerstat-

---

<sup>70</sup> Rt-1990-874 (Fusa), side 888.

ningsfeltet, da Fusa-dommen sier noe om hva som skal til for at det foreligger en minstandard. Tanken med en minstestandard er nå tatt inn i lovgivningen på helsefeltet.

## **5.2 Minstestandarder i helselovgivningen**

### **5.2.1 Øyeblikkelig helsehjelp**

#### **5.2.1.1 Plikten til å yte øyeblikkelig helsehjelp når det er påtrengende nødvendig**

I norsk lovgivning er retten til øyeblikkelig helsehjelp både fastsatt i helsepersonelloven § 7, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 første ledd og i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1. Helsepersonelloven § 7 pålegger helsearbeidere å ”straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig”. Overskriften til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 er ”kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp”, og første ledd lyder som følger: ”kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig”. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 sier på sin side at ”sykehus og fødestuer skal straks motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig”. Av bestemmelsens andre ledd fremgår det at dette også gjelder psykiatrisk helsehjelp og behandling av rusmiddelmisbruk, men at dette er begrenset til et visst antall kvalifiserte institusjoner eller avdelinger i den aktuelle helseregionen.

En kan legge merke til at bestemmelsene er utformet på omtrent samme måte, siden hovedvilkåret er at øyeblikkelig helsehjelp skal ytes når det er ”påtrengende nødvendig”. Det som skiller bestemmelsene fra hverandre er hvem som er pliktsubjektet, altså hvem eller hva som er bundet av bestemmelsen ved å være pålagt en plikt, og hvilken type helsehjelp de pålegges å yte.

##### *5.2.1.1.1 Den personelle øyeblikkelige hjelp-plikten*

Helsepersonelloven § 7 pålegger ”helsepersonell” å yte øyeblikkelig helsehjelp. Hvem som vil falle inn under begrepet ”helsepersonell” fremgår av legaldefinisjonen i lovens § 3 første ledd: ”personell med autorisasjon etter § 48 eller listens etter § 49”, ”personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører” helsehjelp som nevnt i tredje ledd og ”elever

og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring” også utfører helsehjelp<sup>71</sup> som nevnt i tredje ledd. Helsepersonell skal etter denne bestemmelsen yte den helsehjelpen de ”evner”. Formuleringen innebærer at det er en forskjell på hva en kan forvente av de ulike helsearbeidergruppene. ”Hva den enkelte plikter å yte varierer eller hva som kan forventes ut ifra kvalifikasjoner og bakgrunn, og den konkrete situasjonen”.<sup>72</sup> Kort sakt kan dette begrunnes i at det vil stilles forskjellige krav etter hva man er utdannet som. En allmennlege vil for eksempel ikke kunne forventes å foreta en veldig spesifikk type kirurgi i en akutt-situasjon.

Plikten til å yte øyeblikkelig helsehjelp utløses når det er ”påtrengende nødvendig”. Lovens ordlyd tilsier at det skal svært mye til før plikten til å yte øyeblikkelig helsehjelp utløses. Ordlyden taler for at det må være spørsmål om ”å redde liv, avverge alvorlig helseskade, hindre vesentlig forverring av helsetilstanden, gjenopprette vitale funksjoner eller hindre sterke smertetilstander”.<sup>73</sup> Hva som konkret ligger i begrepet ”påtrengende nødvendig”, må avgjøres etter en nødvendighetsvurdering som i stor grad bygger på det faglige skjønn til den enkelte helsearbeider. En kan merke seg at det er helsearbeideren, og ikke pasienten eller den som mottar helsehjelpen, som skal vurdere om det er ”påtrengende nødvendig” å gi helsehjelp, jf. ordlyden ”det må antas” i helsepersonelloven § 7. Vedkommende helsearbeider må i vurderingen om øyeblikkelig helsehjelp skal ytes legge vekt på ”om det er alvorlig fare for liv eller helse, eller forverring av en helsetilstand”.<sup>74</sup> I forarbeidene fremgår det at det må være snakk om ”situasjoner som krever livreddende innsats og innsats for å avverge alvorlig helseskade for å hjelpe pasienten ut av en akutt situasjon”.<sup>75</sup> Formuleringen sikter altså både til et akutt behov og den plikten helsepersonellet har til å avhjelpe situasjonen. Det er i juridisk teori<sup>76</sup> antatt at behandlingstiltakene ikke trenger å gå lenger

---

<sup>71</sup> ”Helsehjelp” defineres som ”enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål”, jf. helsepersonelloven § 3 tredje ledd.

<sup>72</sup> Warberg, Lasse A., Norsk Helserett, Universitetsforlaget, 2011, side 96.

<sup>73</sup> Kjønnstad, Asbjørn og Syse, Aslak, Velferdsrett I, Gyldendal, 2008, side 209.

<sup>74</sup> Warberg, Lasse A., Norsk Helserett, Universitetsforlaget, 2011, side 96.

<sup>75</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999), side 219.

<sup>76</sup> Kjønnstad, Asbjørn, Helserett, Gyldendal, 2007, side 153.

enn til at den akutte krisesituasjonen er over: ”Når pasienten har fått tilstrekkelig hjelp og faren er over, eller når pasienten er døende uten at det kan ytes adekvat hjelp, opphører øyeblikkelig hjelp-plikten”.<sup>77</sup>

Forarbeidene sier videre at helsehjelpen vil være ”påtrengende nødvendig” når den hjelpen som kan gis, kan ha en effekt på helsetilstanden. For det første sikter dette til pasientens helsetilstand, noe som vil si at plikten til å yte øyeblikkelig hjelp faller bort så snart situasjonen og pasientens tilstand har bedret seg. For det andre knyttes formuleringen opp til den muligheten helsepersonellet har til å gi adekvat hjelp. Dette må ses i sammenheng med forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 som pålegges helsepersonell, se nedenfor under punkt 5.2.3.2. Juridisk teori<sup>78</sup> har anført at ”den gamle legeloven av 1929 § 27 kan stå som en veiledende norm for kjerneinnholdet i øyeblikkelig hjelp-plikten. Her ble det slått fast at *en lege plikter snarest mulig å yte den hjelp han evner når han etter de opplysninger han har må anta at legehjelp er påtrengende nødvendig.*” Dette innebar en plikt til å yte helsehjelp etter hvilke kvalifikasjoner vedkommende lege hadde. Som nevnt ovenfor, gjelder også dette i dag etter helsepersonelloven § 7, jf. ordlyden ”evner”. Etter den gamle legeloven pliktet enhver lege å holde seg faglig à jour, og manglende kunnskaper førte ikke til at plikten til å yte øyeblikkelig helsehjelp falt bort. Dette er også utgangspunktet etter helsepersonelloven.<sup>79</sup> Juridisk teori har formulert dette på denne måten: ”Helsearbeideren kan ikke unnskyldes seg med at han/hun er for trett, har andre viktige oppgaver eller har glemt akuttmedisin mv”.<sup>80</sup> Det finnes flere eksempler på konkrete situasjoner hvor plikten til å yte øyeblikkelig hjelp utløses: ”Den personelle øyeblikkelig hjelp-plikten kan i visse situasjoner medføre en *oppsøkende øyeblikkelig hjelp-plikt.* Dette kan f.eks. skje hvis kommunelegen blir oppringt av folk på et sted i nærheten der det har skjedd en alvorlig ulykke og bedt om å komme snarest”.<sup>81</sup>

---

<sup>77</sup> Befring, Anne Kjersti og Ohnstad, Bente, Helsepersonelloven med kommentarer, Bergen, 2001, side 67.

<sup>78</sup> Warberg, Lasse A., Norsk Helserett, Universitetsforlaget, 2011, side 97.

<sup>79</sup> Warberg, Lasse A., Norsk Helserett, Universitetsforlaget, 2011, side 97.

<sup>80</sup> Warberg, Lasse A., Norsk Helserett, Universitetsforlaget, 2011, side 97.

<sup>81</sup> Warberg, Lasse A., Norsk Helserett, Universitetsforlaget, 2011, side 97.

Hvilken hjelp som konkret skal ytes, vil avhenge av sykdommens eller skadens art. Dette er hovedsakelig et medisinskfaglig spørsmål. Helsedirektoratet har publisert en rekke faglige retningslinjer som gir oversikt over hva som anses som en god, faglig standard. Det er verdt å merke seg at denne faglige standarden vil endre seg med tiden og fremskritt i moderne medisin. Disse retningslinjene er ment som et hjelpemiddel i de avveiningene helsepersonellet må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten. De er ikke juridisk bindende, men kan ifølge Helsedirektoratet langt på vei være styrende for de valg som tas i og med at man som helsearbeider vil bidra til å oppfylle kravet om forsvarlighet i lovverket ved å følge retningslinjene. I kortversjonen av publikasjonen *Behandling og rehabilitering ved hjerneslag (IS-1801)* fra 2010, gir vedlegg 2 anbefalinger for hvordan en skal vurdere når en pasient har høy risiko for hjerneslag og dermed bør innlegges for øyeblikkelig hjelp:

”Tabell: Risiko for hjerneslag ved TIA – ABCD2-skår

Risikofaktor	Kategori	Poeng
	Alder <60 år	0
(B) Blood pressure	Systolisk BT >140 mmHg	1
	eller diastolisk BT >90 mmHg	0
	Lavere BT	0
(C) Clinical features	Halvsidig lammelse	2
	Språk/taleforstyrrelse uten lammelser	1
	Ingen lammelser/språkforstyrrelser	0
(D) Duration of symptoms	>60 min	2
	10-59 min	1
	<10 min	0
(D) Diabetes	Diabetes tilstede	1
	Ingen diabetes	0
	Total skår	/7

Pasienter med ABCD2-skår 0-3 har liten risiko for hjerneslag i de første dager/første uke og kan utredes poliklinisk.

Pasienter med skår 4-7 har høy risiko for hjerneslag i de første dager/første uke og bør innlegges som øyeblikkelig hjelp.”

En behandling i strid med disse retningslinjene vil i utgangspunktet måtte sies å være i strid med den lovpålagte minstestandarden som gjelder i norsk helsevesen.

#### 5.2.1.1.2 Den institusjonelle øyeblikkelige hjelp-plikten

Pliktsubjektet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 er ”sykehus og fødestuer”, det vil si selve helseinstitusjonene eller avdelingene som yter somatisk helsehjelp. ”Innenfor den somatisk spesialisthelsetjenesten har altså alle institusjoner plikt til å motta øyeblikkelig hjelp-pasienter”.<sup>82</sup> Når det gjelder psykiatrisk helsehjelp eller behandling for rusmiddelbruk, er ikke alle institusjonene pålagt å yte øyeblikkelig hjelp. Plikten begrenser seg til de institusjonene i regionen som det regionale helseforetaket har utpekt, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 andre ledd. Det er med andre ord opp til det regionale helseforetaket å foreta en vurdering av hvor mange helseinstitusjoner eller avdelinger som skal tilby øyeblikkelig hjelp-plasser.

Hva som ligger i plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1, korresponderer i stor grad med hva som fremgår av helsepersonelloven § 7. Som for helsepersonell, er plikten situasjonsbetinget av at det er ”påtrengende nødvendig”. Ordlyden må oppfattes dit hen at det skal mye til før denne plikten utløses, og at det må være snakk om en akutt og livstruende situasjon. Videre har forarbeidene<sup>83</sup> presisert at den institusjonelle øyeblikkelige hjelp-plikten utløses der det oppstår et akutt behov for undersøkelse og eventuell behandling for å:

- ”- gjenopprette og/eller vedlikeholde vitale funksjoner,
- forhindre og/eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom,
- gi adekvat smertebehandling ved svære smertetilstander av kortvarig art”.

Forarbeidene sier i tillegg at øyeblikkelig helsehjelp skal omfatte situasjoner som krever livreddende innsats eller innsats for å avverge alvorlig helseskade. Somatiske sykehus plikter dermed å motta og behandle pasienter som trenger akutthjelp, men juridisk teori har antatt at denne plikten ikke innebærer noen plikt for alle sykehus til å ha en akuttberedskap.<sup>84</sup>

---

<sup>82</sup> Kjønnstad, Asbjørn og Syse, Aslak, *Velferdsrett I*, Gyldendal, 2008, side 209.

<sup>83</sup> Ot.prp. nr. 10 (1998-1999), side 52.

<sup>84</sup> Warberg, Lasse A., *Norsk Helserett*, Universitetsforlaget, 2011, side 101.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 tredje ledd inneholder en reservasjon for institusjonen eller avdelingen mot å yte øyeblikkelig helsehjelp i de tilfellene hvor det er på det rene at ”nødvendig hjelp vil bli ytet av andre som etter forholdene er nærmere til å yte den i tide”. Bestemmelsens tredje ledd gir helseforetaket som arbeidsgiver en adgang til å pålegge den enkelte helsearbeider å ”rykke ut til person som trenger øyeblikkelig hjelp”.

#### *5.2.1.1.3 Den kommunale øyeblikkelige hjelp-plikten*

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 første ledd pålegger den enkelte kommunen å yte øyeblikkelig helsehjelp. Dette er en ny bestemmelse som først ble lovfestet i helse- og omsorgstjenesteloven av 2011 da det tidligere kun var helsepersonell og spesialisthelsetjenesten som var pliktsubjekter når det gjaldt øyeblikkelig hjelp-plikten. Imidlertid antok man at kommunen også hadde plikt til å oppfylle pasientens rett til øyeblikkelig helsehjelp. Departementet har i forarbeidene<sup>85</sup> uttalt at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 første ledd er en kodifisering av tidligere og sikker rett, da ”nødvendig helsetjenester” også omfatter øyeblikkelig hjelp. Departementet så imidlertid behovet for en kodifisering da erfaring tydet på at pasienter som egentlig kunne dra nytte av det behandlingstilbudet som allerede fantes i kommunen, ble sendt til spesialisthelsetjenesten: ”pasienter havner unødige på sykehus selv med enklere medisinske tilstander fordi det ikke finnes et tilbud i kommunen som er tilpasset det behovet de har”.<sup>86</sup> Det var med andre ord avdekket et stort potensial for samhandling om pasienter med akutte behov fra kommunenes side. Ved å lovfeste denne plikten håpet man at innleggelsesraten ved sykehus kunne falle, slik at ressursene ble utnyttet på best mulig måte.

Øyeblikkelig hjelp-plikten har to sider. For det første pålegger helse- og omsorgstjenesteloven første ledd, første punktum kommune å ”straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig”. Andre punktum presiserer at plikten innebærer å undersøke, behandle eller gi ”annen hjelp det er forsvarlig at kommunen yter”. For det andre pålegger bestemmelsens tredje

---

<sup>85</sup> Prop. 91 L (2010-2011), side 206.

<sup>86</sup> Prop. 91 L (2010-2011), side 207.



ledd, første punktum kommunen å ”sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere ved behov for øyeblikkelig hjelp”. Bestemmelsen er ikke trådt i kraft ennå, men er ment å gjøre det fra 1. januar 2016, jf. Prop. 91 L (2010-2011), side 492. Grunnen til at bestemmelsen ikke har trådt i kraft ennå, er at kommunene skal få tid til å forberede seg, før dette blir en lovpålagt plikt. Dette betyr at kommunene foreløpig ikke har en plikt til å tilby døgnopphold, men at flere allerede har begynt å implementere dette som en del av kommunens ordinære helsetilbud. I denne oppgaven har en valgt å gå nærmere inn på hva disse kravene vil være, selv om loven per dags dato ikke ennå har trådt i kraft, nettopp fordi det er klart at dette vil bli en lovpålagt tjeneste kommunen må yte.

Øyeblikkelig hjelp-plikten utløses etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 når det er ”påtrengende nødvendig”. Som tidligere nevnt må spørsmålet om plikten til å yte øyeblikkelig hjelp utløses måtte avgjøres ut i fra et forsvarlig, medisinsk skjønn. Departementet har i Prop. 91 L (2010-2011) på side 206 uttalt at: ”en pasient trenger øyeblikkelig hjelp dersom vedkommende er i en tilstand eller situasjon der utredning eller behandling er påtrengende nødvendig”. Dette støttes i ordlyden ”påtrengende nødvendig” som tilsier at det skal mye til før plikten utløses, for eksempel at pasienten er i en svært alvorlig situasjon. Imidlertid må dette bildet nyanseres noe. Departementet presiserer videre i forarbeidene at: ”øyeblikkelig hjelp behøver ikke å bety at tilstanden er kritisk eller livstruende, men at pasienten å ha behov for utredning eller behandling uten unødig venting”. Uttalelsen kan tyde på at det ikke skal så mye til før øyeblikkelig hjelp-plikten utløses for kommunehelsetjenesten, som for helsepersonell eller spesialisthelsetjenesten. Som tidligere nevnt presiseres det i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 første ledd, andre punktum at plikten for kommunene til å yte øyeblikkelig hjelp gjelder "undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter". Departementet har i forarbeidene presisert at bestemmelsen kun innebærer en øyeblikkelig hjelp-plikt overfor "de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg. I den grad kommunen ikke har etablert et relevant tilbud i form av institusjoner, hjemmetjenester eller kompetanse, må pasientene om nødvendig henvises til spesialisthelsetjenesten. Det vil være en medisinsk faglig vurdering som må ligge til grunn for hvor pasienten kan få en forsvarlig behandling".

Det er interessant å merke seg at øyeblikkelig hjelp-plikten ifølge forarbeiderne kun gjelder de pasientene som kommunen "selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg" til. Hva kommunen har mulighet til, vil avhenge av hvilket tilbud kommunen faktisk har, samt faglig kompetanse. En kan i den forbindelse spørre seg om kommunen kan fritas fra denne plikten under henvisning til at den ikke har etablert et relevant tilbud. Utgangspunktet må være at kommunen i alle fall ikke kan fritas fra lovpålagte plikter til å yte nødvendig helsehjelp. Hvilke helsetjenester kommunen er pålagt å stille til borgernes rådighet, vil det redegjøres nærmere for under punkt 5.2.3.3. I forarbeidene presiseres det også at det er opp til den enkelte kommune å avgjøre hvordan den i praksis skal organisere helsetjenestene slik at øyeblikkelig hjelp-plikten blir oppfylt og pasientens situasjon blir vurdert i tide. Imidlertid må kommunen organisere tjenestene på en slik måte at vurderingene blir foretatt av kompetent helsepersonell, for eksempel "legevakten, fastlegen, kommunelegen, vakthavende på sykehjem eller skammelinstitusjon/intermediære tjenester".<sup>87</sup>

Som tidligere nevnt har ikke kommunene hatt noen plikt til å tilby døgnopphold for øyeblikkelig hjelp-pasienter, og plikten trer ikke i kraft før i 2016. Imidlertid er det interessant å gå nærmere inn på hva som vil ligge i plikten til å tilby døgnopphold for helse- og omsorgstjenester ved øyeblikkelig hjelp. Hensikten med å pålegge kommunene å tilby døgnopphold, er å sikre et reelt alternativ til noen av de ikke-planlagte innleggelsene på sykehus. For at tilbudet skal bli reelt, er det avgjørende at det er døgnåpnet da det må være tilgjengelig ut over ordinær arbeidstid.<sup>88</sup> Departementet har videre presisert i forarbeidene at det med døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 sitt kommende tredje ledd menes innleggelse av pasienter som har behov for hjelp som er påtrengende nødvendig og hvor innleggelsen ikke er planlagt på forhånd. Som etter første ledd, gjelder denne plikten bare for de pasientene kommunen selv har muligheten til å utrede, behandle eller yte omsorg. Departementet sier videre: "i all hovedsak vil dette gjelde pasienter med kjente sykdommer som ved forverring av sin tilstand kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling, og hvor allmenntilstanden ikke tilsier at det er behov for syke-

---

<sup>87</sup> Prop. 91 L (2010-2011), side 212.

<sup>88</sup> Prop. 91 L (2010-2011), side 213.

husinnleggelse”.<sup>89</sup> Det ser videre ut til at Departementet mener at plikten for kommunene må oppfattes som relativ: ”to pasienter med samme diagnose, symptomer eller plager kan bli vurdert forskjellig med hensyn til behovet for å tilby døgnopphold som øyeblikkelig hjelp. Om behandlingen krever at en annen person bistår pasienten vil en pasient som bor sammen med en frisk ektefelle eller har pårørende i huset kunne få hjelpen hjemme. En annen pasient som bor alene uten mulighet for bistand må imidlertid tilbys døgnopphold med bistand. Det er ikke slik at øyeblikkelig hjelp nødvendigvis betyr at det er behov for ambulanse. Mange pasienter som får øyeblikkelig hjelp kan ta bil selv til sykehuset eller bli kjørt i drosje”.

#### 5.2.1.2 Retten for pasienter til å motta øyeblikkelig hjelp

Det at både helsepersonelloven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven pålegger en plikt til å yte øyeblikkelig helsehjelp, innebærer ikke nødvendigvis at pasientene har korresponderende rettigheter<sup>90</sup>. Rettigheten fremgår imidlertid nå av pasientrettighetsloven §§ 2-1a og 2-1b som viser til henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Pasientrettighetsloven § 2-1a første ledd slår fast at: ”pasient og bruker har rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5”, mens § 2-1b sier at: ”pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp, jf. spesialisttjenesteloven”. I forarbeidene til loven uttalte Departementet at den rettslige standarden ”nødvendig helsehjelp” i pasientrettighetsloven både uttrykte hva pasienten har rett til og hvilket vilkår som må være oppfylt for at pasienten skal få mulighet til å gjøre retten gjeldende.<sup>91</sup> Hva som konkret ligger i begrepet, må bestemmes ut i fra en individuell, helsefaglig vurdering.

#### 5.2.1.3 Spørsmålet om ressursforbehold og rettighetspreg

Etter helsepersonelloven er det den enkelte helsearbeider som pålegges å yte øyeblikkelig helsehjelp, mens spesialisthelsetjenesteloven pålegger helseinstitusjonene samme plikt.

---

<sup>89</sup> Prop. 91 L (2010-2011), side 213.

<sup>90</sup> Kjørstad, Asbjørn, Helserett, Gyldendal, 2007, side 149.

<sup>91</sup> Prop. 91 L (2010-2011), side 339.

Det er verdt å merke seg at plikten etter helsepersonelloven både gjelder allmennhelsetjenestene og spesialisthelsetjenestene, mens spesialisthelsetjenesteloven kun gjelder spesialisthelsetjenesten. Helsearbeidere plikter kun å ”gi den helsehjelp de evner”, jf, helsepersonelloven § 7. Det kan spørres om denne formuleringen innebærer en økonomisk ressursreservasjon. Ordlyden ”evner” kan gi uttrykk for at det er snakk om både en faglig og økonomisk standard. En isolert tolkning av ordlyden gir dermed ikke noe godt svar på hva som ligger i begrepet ”evner”. I forarbeidene til loven uttaler Departementet i merknadene til bestemmelsen at: ”Hva den enkelte plikter å gjøre, vil imidlertid variere etter hva som kan forventes på bakgrunn av den enkeltes kvalifikasjoner, « den hjelp de evner »; som tar sikte på en objektiv vurdering med visse subjektive elementer”.<sup>92</sup> Det virker som om Departementet utelukkende knytter begrepet ”evner” til helsepersonellens faglige kompetanse, noe som taler for at økonomiske hensyn ikke skal kunne begrense plikten til å yte øyeblikkelig helsehjelp: ”En øyeblikkelig hjelp-situasjon kan dermed fortone seg slik at ambulansarbeiderne holder liv i en pasient, og samtidig ber om den ekspertise som anses nødvendig for viderebehandling. Et annet tilfelle kan være i forbindelse med en ulykke som en sykepleier eller lege kommer over, hvor de må forutsettes å handle. Plikten til adekvate og forsvarlige undersøkelser vil også kunne begrense omfanget av de undersøkelser som foretas. Det er ikke meningen at alle tenkbare undersøkelser skal gjennomføres. Det er de undersøkelser som ansees nødvendige for å avdekke om det foreligger en øyeblikkelig hjelp - situasjon som skal foretas, og som den enkelte ansees kvalifisert til å kunne utføre, og er i stand til å utføre under de rådende omstendigheter”. Asbjørn Kjørstad mener at ordlyden knytter seg til ”de faglige forutsetningene” og at det dermed ”neppe [kan] legges noen økonomiske ressursbegrensninger i uttrykket *evner*”.<sup>93</sup> Dette begrunner han i at retten til øyeblikkelig helsehjelp er den mest grunnleggende pasientrettigheten (ved siden av retten til forsvarlig behandling).<sup>94</sup>

---

<sup>92</sup> Ot. prp. nr. 13 (1998-1999), side 219.

<sup>93</sup> Kjørstad, Asbjørn, Helserett, Gyldendal, 2007, side 154.

<sup>94</sup> Kjørstad, Asbjørn, Helserett, Gyldendal, 2007, side 155.

En kan videre spørre seg om retten for pasientene til å motta øyeblikkelig helsehjelp etter pasientrettighetsloven §§ 2-1a og 2-1b er begrenset av de ressursene som er tilgjengelige. Juridisk teori ved Marit Halvorsen har innfortolket en slik ressursbegrensning i retten til å motta øyeblikkelig helsehjelp: ”Tolket antitetisk vil rettighetene etter første ledd ikke være begrenset av krav til effekt eller kostnad. Dette er et lite heldig tolkningsresultat. Lovgivningshistorien viser at de eventuelle begrensninger på pasientenes rett til helsehjelp ikke ble diskutert i forhold til primærhelsetjenesten. Kanskje er det vanskelig å tenke seg dyre og unyttige tilbud fra primærhelsetjenesten. Det er imidlertid ikke vanskelig å tenke seg tiltak i forbindelse med øyeblikkelig hjelp som er både dyre og nyttesløse. Det gir best sammenheng og er åpenbart mest fornuftig å si at øyeblikkelig hjelp også er underlagt krav om forventet nytte. Uttalelser og dokumenter som er kommet fra Stortinget, kan vanskelig tolkes slik at det skulle være noen forskjell på «styrken» eller omfanget av pasientens rett til hjelp avhengig av om det er primær- eller spesialisthelsetjenesten som yter hjelpen. Men det kan ikke forventes en like grundig vurdering som ved elektiv behandling før tiltak settes inn, slik at forbeholdet bare inntreder der det er innlysende at hjelpen ikke vil være nyttig. Dette innebærer et krav til dimensjonering og organisering av det akuttmedisinske tilbud: Det skal være så stort at det påregnelige behovet til enhver tid kan dekkes. Rent faktisk er kravet langt på vei oppfylt: De fleste som er i behov av øyeblikkelig hjelp, får det”.<sup>95 96</sup>

Juridisk teori ved Kjønstad taler imot en slik innfortolkning. Kjønstad legger vekt på at retten til øyeblikkelig hjelp er ”en gammel pasientrettighet som det ikke har vært knyttet slike cost-benefit-vurderinger til”.<sup>97</sup> Videre trekker han frem at det ikke står noe om dette i forarbeidene til loven (noe det for øvrig fremdeles ikke gjør til den nye lovendringen). Til slutt bruker han lovens formål, nemlig å styrke pasientrettighetene, til å konkludere med at det ikke kan gjelde noen begrensning i retten til å motta øyeblikkelig helsehjelp etter pasi-

---

<sup>95</sup> Halvorsen, Marit, ”Nødvendig helsehjelp” som redskap for prioritering, Lov og rett 2004 side 143, på side 151.

<sup>96</sup> Selv om Halvorsen tar utgangspunkt i pasientrettighetsloven § 2-1 slik den lød før lovendringen i 2010, er uttalelsen fortsatt relevant, da § 2-1b er utformet nesten på samme måte som daværende § 2-1, samt at § 2-1a i stor grad tilsvarer § 2-1 første ledd, andre punktum.

<sup>97</sup> Kjønstad, Asbjørn, Helserett, Gyldendal, 2007, side 155.

entrettingsloven. Siden verken lovteksten eller forarbeidene inntar noen slik begrensning, vil det ifølge ham ikke være anledning til å innfortolke noen ressursreservasjon fra statens side her. Imidlertid vil kostnadsspørsmålet kunne få betydning ”når det skal avgjøres hva som er påtrengende nødvendig”.<sup>98</sup> En annen sak er det at ressursituasjonen rent faktisk vil kunne begrense hvilken helsehjelp den enkelte pasient i praksis får tilbud om.<sup>99</sup>

Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger også kommunene en plikt til å yte øyeblikkelig hjelp under visse forutsetninger. En kan merke seg at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 andre ledd inneholder en viktig begrensning iplikten til å yte øyeblikkelig hjelp: ”plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter første ledd inntreer ikke dersom kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre som etter forholdene er nærmere til å gi den i tide”. Det kan stilles spørsmål om hva som egentlig menes med denne formuleringen: er det snakk om fysisk nærhet til pasienten, eller at andre har faglig kompetanse som gjør dem mer skikket til å yte øyeblikkelig hjelp? Kan man her innfortolke en ressursreservasjon? Forarbeidene sier ikke noe om hvordan bestemmelsens andre ledd skal forstås, men det blir derfor aktuelt å lese det i sammenheng med uttalelser om hvor langt kommunenes plikt strekker seg, i og med at kommunen ikke vil plikte å ta imot pasienter som etter en faglig vurdering må henvises til spesialisthelsetjenesten. Videre må man se hen til at samordningsreformen legger opp til at kommunene skal ha stor frihet når det gjelder organisering av helsetjenestene. En kommune skal kunne inngå samarbeidsavtaler med helseforetakene, og også med andre kommuner, for å sikre at de lovpålagte pliktene til å yte helsehjelp blir etterfulgt. Det er i disse tilfellene bestemmelsens andre ledd blir aktuell: når det er mest nærliggende at pasienten på grunn av vedkommendes helsetilstand fanges opp av spesialisthelsetjenesten eller når kommunen har inngått samarbeidsavtaler som tilsier at helsehjelpen ikke fysisk ytes i kommunen, men i nærheten.

---

<sup>98</sup> Kjønstad, Asbjørn, *Helserett*, Gyldendal, 2007, side 155.

<sup>99</sup> Warberg, Lasse A., *Norsk Helserett*, Universitetsforlaget, 2011, side 453-472.

## 5.2.2 Rett til nødvendige spesialisthelsetjenester

Det fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 at: ”staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste”. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a sier at: ”det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste”. Pliktsubjektet er staten ved de fire regionale helseforetakene. Et regionalt helseforetak er en virksomhet som er eid av staten og styrt gjennom Helse- og omsorgsdepartementet. Styringen skjer blant annet ved utarbeidelse av et oppdragsdokument som årlig gir de fire helseforetakene (Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst) styringskrav knyttet til innholdet i spesialisthelsetjenesten gjennom mål og rammer for bruk av tildelte midler. De regionale helseforetakene finansieres også gjennom staten ved en todelt finansieringsmodell: en basisbevilgning og en aktivitetsbasert finansiering. Basisbevilgningens størrelse er – i motsetning til den aktivitetsbaserte finansieringen – fast, og uavhengig av helseforetakets produksjon av tjenester. Den øverste myndigheten i et regionalt helseforetak er foretaksmøtet hvor blant annet statsråden i helse- og omsorgsdepartementet deltar.

### 5.2.2.1 Rettighetssubjektet

Det fremgår av spesialisthelsetjenesten § 5-1, jf. § 2-1b har det regionale helseforetaket ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til alle som har ”fast bopel” eller ”fast oppholdssted” i helseregionen. Om en konkret person har rett til spesialisthelsetjenester må avgjøres etter pasientrettighetsloven.<sup>100</sup> Ifølge pasientrettighetsloven § 1-2 gjelder loven for alle som oppholder seg i Norge, men Kongen i statsråd kan i forskrift snevre inn befolkningskretsen som skal ha krav på helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1b, jf. § 1-2 første ledd, andre punktum. I forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket, fastsatt ved kongelig resolusjon nr 1255 av 16. desember 2011, fremgår det at alle som oppholder seg i Norge har rett til vurdering etter pasientrettighetsloven § 2-2 første, tredje og fjerde ledd, uavhengig av om de har rett til å oppholde seg i riket. Imidlertid fremgår det av forskriften § 2 at for å få fulle rettigheter til helsehjelp etter pasientret-

---

<sup>100</sup> Kjønstad, Asbjørn og Syse, Aslak, Velferdsrett I, Gyldendal, 2008, side 223.

tighetsloven må man ha lovlig opphold i riket og oppfylle ett av følgende tre vilkår: ha fast opphold i riket, det vil si opphold som er ment å vare eller har vart minst 12 måneder, (unntatt opphold som omfattes av folketrygdloven § 2–17), være medlem av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester, eller ha rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat (konvensjonspasienter). Dette betyr at man vil ha en rett til øyeblikkelig hjelp uavhengig om man har lovlig opphold i Norge eller ikke. Imidlertid vil man ikke kunne ta i bruk samtlige pasientrettigheter.

#### 5.2.2.2 Kort om vilkårene for rett til spesialisthelsetjenester

Det fremgår av spesialisthelsetjenesten § 2-1b andre ledd at for å ha rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, må pasienten være i en situasjon hvor vedkommende har behov for ”nødvendig helsehjelp” fra spesialisthelsetjenesten. Ordlyden er vag, og sier i seg lite om hva behovet for nødvendig helsehjelp konkret vil være, men en kan anta at sykdommens alvorlighetsgrad vil være av betydning. Det ble i forarbeidene<sup>101</sup> presisert at pasientens ”diagnose ikke er avgjørende for retten til nødvendig helsehjelp. Innenfor samme diagnose vil noen pasienter kunne ha rett til helsehjelp og andre ikke”. Prioriteringsforskriften gir nærmere regler for hvordan man skal prioritere pasienter innenfor spesialisthelsetjenestene, og dermed hvordan man skal forstå behovet for ”nødvendig helsehjelp”. Det fremgår av prioriteringsforskriften § 2 første ledd at pasienten vil ha rett til spesialisthelsetjenester når følgende kumulative vilkår er oppfylt: 1) pasienten kommer til å ha et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes, 2) pasienten vil ha forventet nytte av helsehjelpen og 3) de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt. Vilrårene er relative i forhold til hverandre. Det betyr at en lav vektning av ett hovedvilkår kan oppveies av at et annet hovedvilkår oppfylles i høyere grad. For eksempel kan lav forventet nytte av helsehjelpen oppveies av høy grad av alvorlighet ved tilstanden. Et vilkår har lav vekt dersom det er tvil om vilkåret er oppfylt. En kan merke seg at om en pasient oppfyller vilrårene i prioriteringsforskriften, har vedkommende krav på spesialisthelsetjenester uten hensyn til ressurser. ”Nødvendig helsehjelp” beskriver

---

<sup>101</sup> Ot. prp. nr. 63 (2002-2003), side 28.



omfattende tjenester, men inkluderer på langt nær alt som er mulig å gjøre”.<sup>102</sup> Det er klart at dersom en pasient ikke oppfyller ett av vilkårene, har vedkommende ikke krav på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Hensynet bak dette er, som nevnt i Lønning II, at det ikke nødvendigvis er rimelig at det offentlige skal betale for alle typer helseutgifter. Dette betyr at behandlingsmetoder som er dyre, men ikke særlig nødvendige, ikke bør være en helsetjeneste som tilbys som en rettighet for befolkningen. Argumentet innebærer at man må finne seg i å ikke bli behandlet eller ikke bli behandlet på den måte som medisinsk er den beste, hvis dette ikke er hensiktsmessig ut i fra en kost-nyttevurdering.<sup>103</sup> Halvorsen nevner som eksempel: ”Ingen vil hevde at det er riktig å gi hostesaft som koster 1000 kroner flasken på *blå resept*, selvom den er litt mer effektiv enn vanlig hostesaft til 30-40 kroner. Det er antagelig også utbredt enighet om at folk ikke skal få behandling til mange millioner kroner med mindre det er en realistisk sjanse for at behandlingen virker”. Vilkårene innebærer også at dersom utelatt behandling verken vil føre til noen negativ utvikling av pasientens prognose eller nevneverdig tap av livskvalitet, er ikke vilkårene oppfylt selv om påbegynt behandling er billig og effektiv. Halvorsen har følgende eksempel på behandling som ikke vil oppfylle vilkårene: ” fjerning av ikke-symptomgivende gallesten eller fjerning av en godartet føflekk på et lite synlig sted”.<sup>104</sup> Til slutt må det nevnes at behandling som ikke har noen effekt på pasientens prognose vil falle utenfor retten til behandling etter spesialisthelsetjenesteloven. Dette må også gjelde behandling som bare har en liten effekt: ”Rutinemessig bruk av actilyse i stedet for vanlig heparinlås i venekateter kan kanskje forhindre noen få tette kateter, men koster minst 50 ganger så mye og kan ikke kreves”.

---

<sup>102</sup> Halvorsen, Marit, ”Nødvendig helsehjelp” som redskap for prioritering, Lov og rett 2004 side 143-156, på side 153.

<sup>103</sup> Halvorsen, Marit, ”Nødvendig helsehjelp” som redskap for prioritering, Lov og rett 2004 side 143-156, på side 153.

<sup>104</sup> Halvorsen, Marit, ”Nødvendig helsehjelp” som redskap for prioritering, Lov og rett 2004 side 143-156, på side 153.

### 5.2.2.3 Nærmere om helsehjelpens art, omfang og kvalitet

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a lister opp hvilke spesialisthelsetjenester helseforetaket er pålagt å tilby innbyggerne i helseregionen: sykehus, medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulanselanse og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt, tverrfaglig spesialisert for rusmiddelavhengighet, transport til undersøkelse eller behandling i helse- og omsorgstjenesten og transport av behandlingspersonell. Loven inneholder ingen legaldefinisjon på hva som er å regne som en spesialisthelsetjeneste, men listen ovenfor gir en liten pekepinn. Videre kan en se hen til andre lover, som helse- og omsorgstjenesteloven, og fastslå at det som faller inn under for eksempel kommunens ansvarsområde, ikke vil være spesialisthelsetjenester eller spesialisthelsetjenesteloven. Det interessante spørsmålet er imidlertid hvilke minstekrav en kan stille til innholdet i spesialisthelsetjenesten. Omfanget av spesialisthelsetjenesten vil i utgangspunktet måtte avgjøres ut i fra en medisinskfaglig vurdering.<sup>105</sup>

Et eksempel på hvilke krav som rettes mot spesialisthelsetjenesten, finner vi i NOU 1998: 9 Hvis det haster... Faglige krav til fagmedisinsk behandling kapittel 6, Ambulansetjenesten. Per dags dato finnes det ikke noen lovpålagte krav til responstid for ambulansetjenester, men overnevnte NOU foreslo konkrete minstekrav knyttet til bemanning, responstid og utstyr, som i stor grad er tatt i betraktning i dag:

”- *Bemanning*. Alle bilambulanser skal normalt være bemannet med minimum to personer. Minst en av mannskapet skal ha fagutdanning/fagbrev. Avvik fra bemanningsnormen kan være aktuelt for de aller minste tjenestene.

- *Beredskap og responstider*. Aksesstid 113 (tidsintervall fra medisinsk nødtelefonnummer 113 blir tastet inn på telefonen, til AMK-sentralen svarer) bør i gjennomsnitt være fem sekunder og maksimalt 20 sekunder. AMK-reaksjonstid (tidsintervall fra det svares i AMK-sentralen til responderende enhet blir varslet) bør ved akuttoppdrag i gjennomsnitt være ett minutt, maksimalt tre minutter. Responstid for bilambulanselanse (tidsintervall fra det svares i AMK-sentralen til ambulanselanse er framme hos pasienten) må reduseres i årene som kommer:

- *Akuttoppdrag*. Innen tre år skal 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder

---

<sup>105</sup> Kjønstad, Asbjørn og Syse, Aslak, Velferdsrett I, Gyldendal, 2008, side 226.

nås av ambulanse innen 12 minutter. Innen fem år skal tidsfristen være åtte minutter. Innen tre år skal 90 prosent av befolkningen i grisgrendte strøk nås av ambulanse innen 25 minutter.

- *Hasteoppdrag*. Innen tre år skal 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder nås av ambulanse innen 30 minutter. Innen fem år skal tidsfristen være 20 minutter. Innen tre år skal 90 prosent av befolkningen i grisgrendte strøk nås av ambulanse innen 40 minutter.

- *Teknisk utrustning av ambulanser*. Alle døgnambulanser skal ha følgende utstyr: Automatisert defibrillator (AED), utstyr for monitorering av blodtrykk, puls, EKG, oksygenmetning (pulsoksimetri) og temperatur. Utstyr for overføring av 12-kanalers EKG til sykehus bør vurderes. Ambulansene bør utstyres med GPS (Globalt Posisjoneringsystem)<sup>106</sup>

Et ambulansetilbud som ikke lever opp til denne standarden, selv om den ikke er lovpålagt, må kunne antas å være mindre enn minstestandarden en skal kunne forvente av norske helsetjenester.

## 5.2.3 Rett til nødvendige allmennhelsetjenester

### 5.2.3.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 slår fast at kommunen har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenester for alle de som oppholder seg i kommunen. Første ledd lyder som følger: ”Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester.” En kan legge merke til at ordlyden ”skal” taler for at det er snakk om et rettskrav på ”nødvendig helse- og omsorgstjenester”. Videre fremgår det av ordlyden at det er snakk om en individuell rettighet som den enkelte kan gjøre gjeldende overfor kommunen.<sup>107</sup>

”Nødvendig helse- og omsorgstjenester” er en rettslig standard som må ses i sammenheng med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og kravet om ”forsvarlige tjenester”. Det fremgår av forarbeidene at forsvarlighetskravet innebærer at tjenesten må holde tilfredsstillende

---

<sup>106</sup> NOU 1998: 9 Hvis det haster... Faglige krav til fagmedisinsk behandling, side 98.

<sup>107</sup> Kjønstad, Asbjørn og Syse, Aslak, Velferdsrett I, Gyldendal, 2008, side 212.

kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang,<sup>108</sup> noe som betyr at dette også gjør seg gjeldende ved tolkningen av ”nødvendige helse- og omsorgstjenester”. Det fremgår videre av forarbeidene at ordlyden i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 erstatter ”nødvendig helsehjelp” i den nå opphevede kommunehelsetjenesteloven. Imidlertid skal ikke denne endringen innebære noen realitetsendring i hvordan den rettslige standarden tolkes.<sup>109</sup> Det at dette er en rettslig standard betyr at hva ”nødvendige helse- og omsorgstjenester” konkret er, bestemmes av normer utenfor loven. Dette innebærer at begrepets innholdet vil variere over tid i tråd med ”utviklingen av faglig kunnskap og endringer i verdioppfatninger”.<sup>110</sup> Imidlertid inneholder helse- og omsorgstjenesteloven en rekke bestemmelser som pålegger kommunene konkrete plikter når det gjelder innholdet av helsetjenestene. Dette er åpenbart relevant for vurderingen av hva som ligger i ”nødvendige helse- og omsorgstjenester”, da loven beskriver hvilke tjenester kommunen som et minimum må yte. Dette understøttes av lovens ordlyd: de bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven som sier noe om hva kommunene skal yte av helsetjenester, er alle formulert som ”skal”-bestemmelser. Dette betyr at de må anses som uttrykk for et lovfestet minimum av hva kommunene må tilby som en minstestandard. I det følgende presenteres kort disse lovfestede minimumskravene. Helse- og omsorgstjenesteloven inneholder § 3-2 en oppramsing av de helsetjenestene som kommunene ”skal” tilby. Dette inkluderer helsefremmede og forebyggende tjenester som helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste, svangerskaps- og barselomsorgstjenester, legevakt, heldøgnmedisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldingstjeneste, fastlegeordning, sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse (praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-8), plass i institusjon som sykehjem og avlastningstiltak. Kommunen plikter også å drive med helsefremmende og forebyggende arbeid, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3. Bestemmelsen pålegger videre kommunene å gi borgerne opplysninger, råd og veiledning for å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer.

---

<sup>108</sup> Prop. 91 L (2010-2011), side 494.

<sup>109</sup> Prop. 91 L (2010-2011), side 514.

<sup>110</sup> Prop. 91 L (2010-2011), side 263-264.

Som tidligere nevnt under punkt 5.2.1.1.3, har kommunen en plikt til å yte øyeblikkelig hjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Det nærmere innholdet av denneplikten er det redegjort for ovenfor.

I en kommune hvor det ligger et fengsel, vil det være kommunen som er ansvarlig for å tilby de innsatte de helse- og omsorgstjenester som fremgår av loven. I utgangspunktet vil innsatte dermed ha samme krav på helsetjenester som den øvrige befolkningen. Dette betyr at den helsehjelpen har krav på å få, må leve opp til den samme minstestandarden som gjelder ellers etter helselovgivningen.

#### 5.2.3.2 Minstestandard - kravet til forsvarlige tjenester

Etter at Fusa-dommen ble avsakt, har minstestandarden på helsetjenester blitt mer implementert i norsk lovgivning. Det er nå sikker rett at helsetjenestene må leve opp til en minstestandard. Hva denne minstestandarden konkret innebærer, er et annet spørsmål.

I forarbeidene til den nye helse- og omsorgstjenesteloven, Prop. 91 L (2010-2011), er det et helt kapittel som presiserer hva som menes med forsvarlige tjenester på kommunalt nivå, altså hvilken minstestandard borgerne kan forvente. Det slås fast at forsvarlighetskravet både viser hvordan helsetjenestene bør være, men også det stiller opp normer for å kunne trekke en grense for hvor det uforsvarlige går, det vil si en minstestandard.<sup>111</sup> Det fremgår videre av forarbeidene at den rettslige standarden ”forsvarlighet”, har to aspekter. For det første innebærer den en faglig standard, som vil avhenge av hva som er god praksis etter alminnelige medisinske prinsipper og retningslinjer. Dette har en nær sammenheng med sviktbegrepet i pasientskadeerstatningsordningen, da ett av Helsedirektoratet har i samarbeid med medisinske faggrupper utgitt nasjonale faglige retningslinjer på en rekke medisinske områder. Retningslinjene beskriver hva som er allment akseptert faglig praksis, og det understrekes fra direktoratets side at avvik fra retningslinjene bør begrunnes særskilt. Et avvik fra disse retningslinjene vil derfor tale for at man har gått utenfor det som vil være forsvarlige helsetjenester. Selv om det ikke finnes noen direkte henvisning i helse- og omsorgstjenesteloven, kan en legge til grunn at helsepersonelloven § 4 som pålegger helse-

---

<sup>111</sup> Prop. 91 L (2010-2011), side 264.

personell å ”utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes”, vil være relevant her. Forsvarlige helsetjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven forutsetter at helsepersonelloven § 4 er oppfylt.

Det andre og kanskje mer interessante aspektet ved forsvarlighetsstandarden, er at den stiller krav til kommunens organisering av helsetjenestene. Som tidligere nevnt er det i stor grad opp til kommunen å selv velge hvordan den vil organisere disse tjenestene, jf. blant annet ordlyden ”selv sørge for” i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Imidlertid stiller plikten til å sørge for forsvarlige helsetjenester krav til kommunens virksomhetsstyring av helsetiltaket. Dette er spesielt knyttet opp mot forebygging av svikt ved helsetjenesten. Departementet sier følgende om dette i forarbeidene: ”Eier og ledelse skal skape rammebetingelser og organisatoriske løsninger som reduserer sannsynligheten for menneskelige svikt og begrenser skadevirkningene. Uklarhet og usikkerhet om organisering og fordeling av ansvar og oppgaver mellom ulike enheter og enkeltpersoner er en hyppig årsak til svikt i tjenestene. Ett sentralt element i forsvarlig virksomhetsstyring vil derfor være å etablere nødvendige rutiner for utøvelse av forskjellige arbeidsoppgaver, samarbeid, informasjonsflyt og dokumentasjon”.<sup>112</sup> Om slike rutiner ikke foreligger, vil det kunne være brudd på minstestandarden og dermed avskjære statens adgang til å benytte seg av ressursreservasjonen. Departementet fremhever videre i Prop. 91 L (2010-2011) at en avgjørende faktor for å kunne yte forsvarlige tjenester er en hensiktsmessig forvaltning av den ressursen helsepersonellet utgjør. Dette betyr at det både må stilles krav til at kommunen sikrer tilstrekkelig bemanning, og at dette helsepersonellet har de nødvendige kvalifikasjonene for å kunne yte forsvarlig helsehjelp.<sup>113</sup> Dette kommer direkte til uttrykk i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 bokstav d) som pålegger kommunen å sørge for at ansatt helsepersonell har tilstrekkelig fagkompetanse. Hvis det for eksempel ikke er nok sykepleiere til å utføre rutiner postoperativt og dette fører til svikt, vil man være utenfor minstestandarden. En kan merke seg at denne forståelsen av statens erstatningsansvar på pasientskadeerstatningsfeltet strider mot departementets forståelse i NOU 1992: 6: ”Hvis en pasient på grunn av ressursmangel

---

<sup>112</sup> Prop. 91 L (2010-2011), side 265.

<sup>113</sup> Prop. 91 L (2010-2011), side 265.

blir sendt hjem for tidlig, vil det ikke foreligge en ”feil eller svikt”. Her som ellers setter myndighetene rammene, og for små bevilgninger kan ikke påføre sykehuset ansvar”.<sup>114</sup> Til dette kan det innvendes at uttalelsen ikke i betraktning de vilkår som pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum sier må foreligge før staten kan ta i bruk bestemmelsens ressursreservasjon. Videre er ikke spørsmålet om hvor langt ressursreservasjonen skal rekke i særlig grad utredet i forarbeidene. Bestemmelsens ordlyd må derfor veie tyngre enn denne uttalelsen i forarbeidene.

Det fremgår videre av Prop. 91 L (2010-2011) at forsvarlighetskravet ikke bare innebærer at kommunens enkelte helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige hver for seg. Det kreves at helheten av de tjenestene som tilbys skal være forsvarlige. Dette fremgår nå direkte av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 bokstav a) som sier at ”den enkelte pasient eller bruker [skal] gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud”. Dette stiller ytterligere krav til kommunens organisering av helsetjenestene da de ulike virksomhetene må samarbeide for at et helhetlig og forsvarlig skal sikres. Departementet har i forarbeidene understreket at dette betyr at kommunen må ”innrette sin virksomhet slik at samarbeidet mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten om å yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte pasient og bruker også er forsvarlig”.<sup>115</sup> I tillegg oppstiller helse- og omsorgstjenesteloven et krav om at tjenestetilbudet i kommunen organiseres på en slik måte at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 bokstav c). En kan legge merke til at kommunen her er pliktsubjekt for å legge til rette for at helsepersonell for eksempel skal kunne ivareta sin personlige forsvarlighetsplikt etter helsepersonelloven § 4. Det betyr at kommunens organisering av helsetjenester kan angripes og føre til erstatningsansvar.

I nyere helselovgivning, har kravet om at helse- og omsorgstjenester skal være verdige blitt inntatt i flere formålsbestemmelser. Departementet foreslo derfor å innta kravet om et verdig tjenestetilbud i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 punkt 6. Man skulle tro at siden dette først ble foreslått inntatt kun i lovens formålsbestemmelse, skulle verdighet være en

---

<sup>114</sup> NOU 1992: 6, kapittel 13, side 94.

<sup>115</sup> Prop. 91 L (2010-2011), side 265.

overordnet målsetting som man ikke kunne knytte noe konkret rettskrav til. Imidlertid uttalte Departementet følgende om verdighetskravets rettslige status i forarbeidene til loven: ”Departementet mener imidlertid det er på tide å synliggjøre ivaretagelse av verdighet som en del av kravet til forsvarlighet”.<sup>116</sup> Kravet til verdighet er nå, i tillegg til å fremgå av formålsbestemmelsen i loven § 1-1, inntatt i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 bokstav b) som sier at ”den enkelte pasient eller bruker [skal] gis et verdig tjenestetilbud”. Dette betyr at verdighet har blitt en del av den minstestandarden som kommunenes helse- og omsorgstjenester må leve opp til. Da forslag til ny helse- og omsorgstjenestelov var ute på høring, uttrykte flere av høringsinstansene at begrepet er noe vagt, og det kan være vanskelig å gi det noe konkret innhold. En kan derfor spørre seg hva som det vil si at helse- og omsorgstjenestetilbudet skal være verdig. Verdighet er blitt en sentral del av helsepersonellens fagets retningslinjer, og man kan dermed hente en viss veiledning til hvordan man skal forstå begrepet her: ”Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død”.<sup>117</sup> Heller ikke disse reglene sier mye konkret om hva som ligger i ”verdighet”. En kan uansett merke seg at for at en pasient skal kunne tilkjennes erstatning, må svikten ha ført til en skade, jf. Pasientskadeloven § 2 første ledd. Det kan synes vanskelig å se for seg en praktisk situasjon hvor svikt i kravet til å behandle en pasient med verdighet vil føre til en pasientskade, dog bør ikke muligheten utelukkes.

### 5.2.3.3 Nærmere om ”nødvendig helse- og omsorgstjenester”

Det er hensiktsmessig å gå nærmere inn på hva som ligger i ”nødvendig helse- og omsorgstjenester” i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 for å presisere hva som ligger i forsvarlighetskravet og hvilke krav til minstestandard kommunene må leve opp til. Som tidligere nevnt fremgår det av forarbeidene at ”nødvendig helse- og omsorgstjenester” er en rettslig standard som må ses i sammenheng med kravet om forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Forarbeidene nevner som sakt at dette forsvarlighetskravet inne-

---

<sup>116</sup> Prop. 91 L (2010-2011), side 265.

<sup>117</sup> Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler, Norsk sykepleierforbund, 2011, side 9.



bærer at tjenesten må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.<sup>118</sup> Hva ”nødvendige helse- og omsorgstjenester” konkret vil være, bestemmes av normer utenfor loven, og vil variere over tid i tråd med ”utviklingen av faglig kunnskap og endringer i verdioppfatninger”.<sup>119</sup> Normen for kvalitet og tilgjengelighet av helsetjenesten vil også avhenge av hvilken type tjeneste det er snakk om. Som redegjort for ovenfor i avsnittet om prioriteringer i helsevesenet i punkt 4.1.1, er det ikke slik at det offentlige bør dekke alle typer helsehjelp. Det er ikke lovfestet noen begrensning i det helsetilbudet kommunen plikter å yte i forhold til tilgjengelige ressurser, slik det er i pasientrettighetsloven § 2-1 tredje ledd, andre punktum. Imidlertid har Departementet slått fast at en slik begrensning må innfortolkes også for kommunehelsetjenesten,<sup>120</sup> nettopp av hensyn til at det ikke er alle helsetjenester som bør dekkes av det offentlige. Departementet uttaler i denne forbindelse følgende i forarbeidene: ”Kommunens ansvar for å yte tjenester må dermed avgrenses i forhold til det som må anses for å være den enkeltes ansvar for egen helse og velferd”.<sup>121</sup> En kan spørre seg om denne begrensningen innebærer at kommunen kan avslå å yte ”nødvendig helse- og omsorgstjenester” under henvisning til at den ikke har tilstrekkelige ressurser.

I Fusa-dommen uttaler førstvoterende på side 888: ”Vedtaket innebar en vesentlig reduksjon av de ytelser som Kari Austestad tidligere hadde hatt, og det var åpenbart at det ikke tilfredstilte hennes helt livsviktige behov for stell og pleie. Et slikt vedtak kan etter min mening ikke forsvares ut i fra hensynet til kommunens økonomi.” Denne uttalelsen er blitt tolket som at den enkelte kommunes økonomiske situasjon ikke kan tillegges vekt når lovens minimumsstandard skal fastlegges. Borgerne er med andre ord garantert å få sine ”helt livsviktige behov” dekket.<sup>122</sup> Denne tolkningen er i samsvar med lovens ordlyd som ikke nevner noen ting om at kommunen kan legge vekt på økonomiske hensyn når den skal organisere og tilby befolkningen helsetjenester. Videre støttes tolkningen av forarbeidene.

---

<sup>118</sup> Prop. 91 L (2010-2011), side 494.

<sup>119</sup> Prop. 91 L (2010-2011), side 263-264.

<sup>120</sup> Prop. 91 L (2010-2011), side 162.

<sup>121</sup> Prop. 91 L (2010-2011), side 163.

<sup>122</sup> Kjørstad, Asbjørn og Syse, Aslak, Velferdsrett I, Gyldendal, 2008. Side 221.

Departementet sier i Prop. 91 L (2010-2011) på side 162 at denne begrensningen ikke innebærer at kommunen kan slippe unna kravet til at helsetjenestene skal holde en minstandard i samsvar med kravet til forsvarlighet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

## **6 Konklusjon**

Hva som er en forsvarlig ressursfordeling, jf. pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum, er avhengig av hvilke lovpålagte krav som stilles til helsetjenester generelt i Norge. For prioriteringer gitt av helsevesenet, er dette fastsatt i retningslinjer, samt prioriteringsforskriften. Brudd på disse reglene vil tale for at man har foretatt en prioritering i strid med forsvarlighetsstandarden. Som tidligere nevnt under punkt 4.2.3, kan selv ikke Stortinget bevilge ressurser i strid med lover som gir borgerne et rettskrav. Dette betyr at en ressursfordeling som er ikke er i samsvar med den minstestandarden som gjelder for helse-tjenester i Norge, vil være en uforsvarlig ressursfordeling etter pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum. Har staten ved Stortinget bevilget ressurser på en slik måte at det er umulig å opprettholde denne minstestandarden, vil ikke staten ved pasientskadeerstatningen kunne påberope seg unntaket i pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum. Som det er vist ovenfor under punkt 5, er den lovpålagte minstestandarden pasienter kan gjøre gjeldende i Norge i dag, relativt omfattende. Det stilles konkrete og høye krav til både kommune, stat, regionale helseforetak og helsepersonell.

Vilkåret i pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum, som en i denne oppgaven har valgt å kalle en forsvarlig ressursfordeling, er så nært knyttet sammen med kravet til en forsvarlig minstandard at man ikke kan sies å være innenfor en forsvarlig ressursfordeling om man har gått utenfor den medisinske minstandarden. Disse vilkårene er som tidligere kumulative. Siden den medisinske minstandarden er så omfattende som den er, jf. retningslinjene på de ulike medisinske feltene utgitt av Helsedirektoratet, kan en derfor spørre seg om pasientskadeloven § 2 andre ledd, andre punktum i det hele tatt vil ha noen reell eller praktisk betydning i dagens Norge.

## 7 Litteraturliste

### 7.1 Juridisk litteratur

Andenæs, Johs. og Fliflet, Arne: *Statsforfatningen i Norge*, Universitetsforlaget 2005.

Befring, Anne Kjersti og Ohnstad, Bente: *Helsepersonelloven med kommentarer*, Bergen 2001.

Bernt, Jan Fridthjof: *Kan kommunalt selvstyre og rettssikkerhet forenes?*, Lov og Rett 1994, side 67-92.

Bjørn E. Hagen TP and Iversen T. Magnussen J: *The effect of activity-based financing on hospital efficiency scores 1992-2000*, Health Care Management Science 2003.

Castberg, Frede: *Statens og kommunenes ansvar for sine tjenestemenns handlinger*, forhandlinger fra det 15. Nordiske juristmøte bilag II Sth 1931.

Eckhoff, Torstein: *Rettskildelære*, Universitetsforlaget 2001.

Hagstrøm, Viggo: *Offentligrettslig erstatningsansvar*, Tano 1987.

Halvorsen, Marit: *"Nødvendig helsehjelp" som redskap for prioritering*, Lov og rett 2004 side 143-156.

Helset, Per og Stordrange, Bjørn: *Norsk statsforfatning*, Gyldendal 1998.

Kjønstad, Asbjørn: *Helserett*, Gyldendal 2007.

Kjønstad, Asbjørn og Syse, Aslak: *Velferdsrett I*, Gyldendal 2008.

Kjønstad, Asbjørn: *Rett til helsehjelp etter sykehusloven og ventelisteforskriften* i Kjønstad, Asbjørn og Syse, Aslak, *Helserettslige emner*, Oslo 1994.

Liisberg, Bent: *Erstatningsansvaret for offentlig virksomhet*, Fagbokforlaget 2005.

Lødrup, Petter: *Lærebok i erstatningsrett*, Gyldendal 2009.

*Nordiske Dommer i Sjøfartsanliggende*, Rich Andvord 1983.

Nygaard, Nils: *Skade og ansvar*, Universitetsforlaget 2007.

Warberg, Lasse A.: *Norsk Helserett*, Universitetsforlaget 2011.

### 7.2 Forarbeider

#### 7.2.1 Norske forarbeider

NOU 1998:9 Hvis det haster... Faglige krav til fagmedisinsk behandling

NOU 1996:5 Hvem skal eie sykehusene?

NOU 1992: 6 Erstatning ved pasientskader

NOU 1987:23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste.

Ot. prp. nr. 31 (1998-1999), Om lov om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven).

Ot. prp. nr. 10 (1998-1999).

Ot. prp. nr. 13 (1998-1999).

Ot. prp. nr. 48 (1965-1966).

Prop. 91 L (2010-2011).

### 7.2.2 Svenske forarbeider

SOU 2004:12, Patientskadelagen och läkemedelsförsäkringen – en översyn.

## 7.3 Publikasjoner om faglige, medisinske standarder

*Prioriteringer i helsesektoren – verdigrunnlag, status og utfordringer*, Helsedirektoratet 2012.

*Behandling og rehabilitering ved hjerneslag*, Helsedirektoratet (IS-1801) 2010.

*Prioriteringsveileder Kvinnesykdommer*, Helsedirektoratet (IS 1642) 2008.

*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, ICNs etiske regler, Norsk sykepleierforbund, 2011.