

Prioritering, styring og likebehandling

Utfordringer i norsk helsetjeneste



Henriette Sinding Aasen, Berit Bringedal,
Kristine Bærøe og Anne-Mette Magnussen (red.)

KAPITTEL 3

De juridiske rammene

Solveig Hodne Riska, universitetslektor ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

Henriette Sinding Aasen, professor ved Det juridiske fakultet, Universitetet i Bergen

Abstract

The main purpose of this chapter is to present the legislation and the legal framework that apply to decisions on the right to necessary health care from the specialist health service in Norway. These decisions shall be based on the patient- and user rights act and the priority regulation. In this context, the term «prioritization» refers to saying yes to some patients entitled to health care, and no to others who do not fulfill the legal criteria. Our aim is to show how the legal regulation both allows and restricts individual access to specialist health services. Knowledge and understanding of the legal regulation is necessary in order to make lawful decisions about access to health care, and thereby contribute to rule of law, equity and fair distribution of health care.

Introduksjon

Formålet med dette kapitlet

Hovedformålet med dette kapitlet er å presentere lovgivningen og de juridiske rammene som gjelder for beslutninger om rett til

nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten i Norge. Disse beslutningene skal treffes med utgangspunkt i pasient- og brukerrettighetsloven¹ § 2-1b andre ledd og prioriteringsforskriften. Begrepet «prioritering» viser i denne sammenheng til at man sier ja til noen pasienter, som får rett til helsehjelp, og nei til andre, som ikke gis en rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.² Vårt formål er med andre ord å vise hvordan rettsreglene setter rammer for prioriteringsbeslutningene i spesialisthelsetjenesten. Kunnskap om dette regelverket er nødvendig for å kunne treffe juridisk riktige beslutninger på dette området. Et formål for oss er dermed også å bidra til økt kunnskap om regelverket i helsetjenesten, og dermed til etterlevelse, likebehandling og rettferdig fordeling av helsehjelp.

Prioriteringer foregår ikke bare i spesialisthelsetjenesten, men i alle deler av helsesektoren. Eksplisitt rettslig regulering av prioriteringsbeslutninger har vi imidlertid bare for spesialisthelsetjenesten. I andre deler av helsetjenesten vil alminnelige forvaltningsrettslige regler sammen med normer om faglig forsvarlighet legges til grunn for beslutningene om hvem som skal få helsehjelp. I alle deler av helsetjenesten gjelder det et «kø-prinsipp», et «behovs-prinsipp» og et likebehandlingsprinsipp, som tilsier at alvorlige tilstander prioriteres foran mindre alvorlige tilstander, og at det ikke skal forekomme usaklig forskjellsbehandling av pasienter (Eckhoff & Smith, 2014).

Rett og samfunn

Et overordnet mål med den norske helsetjenesten er å sikre alle innbyggere i landet lik tilgang til faglig forsvarlige helsetjenester

1 Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Se <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.

2 Denne forståelsen av begrepet «prioritering» samsvarer med viktige offentlige dokumenter. Se NOU 1997: 18, s. 34; NOU 2014: 12, s. 11; Meld. St. 34 (2015–2016), s. 9.

(St.meld. nr. 26 (1999–2000)). I tillegg til å bidra til rettferdig fordeling av helsetjenester skal lovgivningen også bidra til forsvarlig ressursbruk. Det som setter rettslige normer i en særstilling i forhold til andre normer i samfunnet, er at den organiserte statsmakten setter sin autoritet bak dem. Dette skjer i første hånd ved at Stortinget som lovgiver har legitim myndighet til å bestemme hva som skal gjelde som bindende normer i samfunnet, herunder hvordan avgjørelser av betydning for den enkelte skal treffes (Mæhle & Aarli, 2016).

Forenklet kan vi si at rettens nøkkelrolle i samfunnet er å sikre enkeltmenneskers frihet, likhet og menneskeverd. Samtidig skal retten legge til rette for sameksistens og samarbeid i et fredelig samfunnsfellesskap (Mæhle & Aarli, 2016). Lovgivning er derfor også innenfor helsetjenesten et viktig politisk virkemiddel som skal ivareta disse verdiene og sikre forsvarlige og forutsigbare beslutningsprosesser.³ På helserettens område innebærer det å fastlegge når plikten til å yte helsehjelp inntreffer, hva den enkelte pasienten har krav på, og hvilke prinsipper som skal gjelde for prioritering mellom ulike behov og pasientgrupper. Ikke minst i spesialisthelsetjenesten er det et økende behov for å regulere tilgangen til svært kostbar helsehjelp i tråd med grunnleggende velferdsrettslige verdier og prinsipper (Aasen, Hartlev & Magnussen, 2015).

Et rettsområde i bevegelse

Store og viktige deler av rettsutviklingen skjer gjennom lovvedtak. Stortinget vedtar nye lover og gjør endringer i eksisterende lover med sikte på å forme samfunnsforholdene i en bestemt retning (Bernt & Mæhle, 2010). På helserettens område er det stor lovgivningsaktivitet. Denne aktiviteten preger også pasient- og

3 Se formålsbestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1, helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 1-1.

brukerrettighetsloven. Som følge av lovgivningsaktiviteten har også flere forskrifter kommet til eller blitt endret i de siste årene (Syse, 2015).

Når det gjelder retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, ble denne rettigheten vesentlig endret ved lov 21. juni 2013⁴. Etter tidligere lovbestemmelse fulgte kriteriene for hvem som hadde rett til helsehjelp, direkte av ordlyden. Dette medførte et skille mellom såkalte rettighetspasienter og behovspasienter. Pasienter som oppfylte kriteriene, ble vurdert til å ha rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, og de hadde rett på en frist for når helsehjelpen skulle ytes. Pasienter som ble vurdert til å ha behov for helsehjelp, men ikke oppfylte kriteriene, hadde ikke rett på en tidsfrist for oppstart av behandlingen. Denne pasientgruppen ble satt på venteliste (Syse, 2015). For å forenkle regelverket ble dette skillet opphevet og ordlyden i bestemmelsen endret, slik at den helsefaglige vurderingen av behov for helsehjelp skulle sammenfalle med pasientens rett til helsehjelp (Aasen & Magnussen, 2016). Som en følge av denne endringen ble også prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne endret. Hva som i dag er gjeldende rett, kommer vi tilbake til nedenfor.

I det videre arbeidet med reguleringen av prioritering ved tilgang til spesialisert helsehjelp er det kommet ytterligere forslag til lovendringer. Ett av disse innebærer en tilnærmet lik rettstilstand som før endringen i 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Samtidig satte regjeringen i 2017 ned et utvalg som skal foreslå kriterier for tilgang til kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Som vi ser, er dette et rettsområde i stor bevegelse og der ytterligere lovendringer kan forventes både ved rett til spesialisert helsehjelp og ved rett til kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette illustrerer samtidig hvor krevende det er å regulere prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten.

4 <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-10-30-1240>

Veien videre

For å ta stilling til innholdet i gjeldende rett benytter en rettsanvender seg av ulike rettskilder i tråd med juridisk metode (Nygaard, 2004). Dette kapitlet er derfor lagt opp slik at vi først gjør rede for det primære rettslige grunnlaget for retten til nødvendig spesialisert helsehjelp (jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd). Videre gjøres det rede for kriteriene i prioriteringsforskriften som utpensler det rettslige innholdet i lovbestemmelsen. Så gjøres det rede for prioriteringsveilederne som videre operasjonaliserer innholdet i kriteriene i prioriteringsforskriften. Også veilederne har autorativ kraft og legitimitet som rettskilde, og de gir viktige bidrag til forståelsen av hva som er «nødvendig helsehjelp» etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd (Syse, 2015). I neste punkt gjør vi kort rede for pasientens mulighet til å klage og anlegge sak for domstolene. Til slutt oppsummerer vi kapitlet og omtaler noen utfordringer knyttet til implementeringen av den rettslige reguleringen og prioriteringskriteriene i helsefaglig praksis.

Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Etter gjeldende regulering i pasient- og brukerrettighetsloven er det to innganger til spesialisthelsetjenesten dersom man har behov for helsehjelp: som øyeblikkelig hjelp eller ved henvisning fra allmennlege til planlagt nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Den ene inngangen til spesialisthelsetjenesten følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b første ledd, der det fremgår at pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesteloven⁵ § 3-1 første ledd slår fast at sykehus

5 Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). Se: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

plikter straks å motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelpen institusjonen eller avdelingen kan gi, er «påtrengende nødvendig». Institusjonen eller avdelingen skal da motta pasientene for undersøkelse og om nødvendig behandling. Ved behov for øyeblikkelig hjelp skal det etter loven ikke foretas noen form for prioritering for å få tilgang til øyeblikkelig hjelp. Alle som har et påtrengende behov for helsehjelp, har rett til øyeblikkelig hjelp, og spesialisthelsetjenesten har plikt til å yte slik helsehjelp uten opphold, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 første ledd og helsepersonelloven⁶ § 7 første ledd. Det fremgår med andre ord av lovreguleringen at ingen pasienter kan avvises når det er behov for øyeblikkelig hjelp. Helsepersonell ved et akuttmottak er likevel kjent med at det også på et akuttmottak må prioriteres mellom pasienter som alle har rett til øyeblikkelig hjelp. Pasientene blir prioritert etter en såkalt triageskala, som innebærer at pasienter inndeles i kategori ut fra hvor raskt de må behandles, men ingen pasienter kan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b første ledd avvises.⁷

Den andre inngangen til spesialisthelsetjenesten følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd. Etter denne bestemmelsen har pasienten rett til «nødvendig helsehjelp» fra spesialisthelsetjenesten. Denne rettigheten gjelder pasienter som er henvist for planlagt nødvendig helsehjelp, og som har krav på å bli vurdert av en spesialist innen en viss frist (jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd). Det er ved vurderingen av om

6 Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven). Se: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

7 «Triage er en vurdering og prioritering av skadede og innebærer at pasienter systematisk inndeles i kategorier ut fra hvor raskt de må behandles. Triage er i utgangspunktet knyttet til krigs- og katastrofesituasjoner der man må ta stilling til hvem man vil kunne redde om de behandles raskt, hvem som ikke vil ha mulighet til å reddes uansett og hvem som likevel vil kunne overleve selv om de må vente» (Holte, 2017).

pasienten har rett til nødvendig planlagt helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, at helsearbeiderne må prioritere etter gitte kriterier som fremgår av prioriteringsforskriften og av prioriteringsveilederne. Dette medfører at noen pasienter blir vurdert til å ha behov for og rett til nødvendig helsehjelp. Andre pasienter som etter en faglig forsvarlig vurdering ikke anses å oppfylle kriteriene, blir avist eller sendt tilbake til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det rettslige grunnlaget: pasient og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd foreligger det en rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Rettigheten er ytterligere presisert i prioriteringsforskriften. Gjennom gitte kriterier settes rammene for rettigheten for å sikre likebehandling. Likebehandling innebærer at like tilfeller skal behandles likt, og at ulike tilfeller skal behandles ulikt, i tråd med relevante forskjeller dem imellom (NOU 1997: 18). I denne sammenheng betyr dette at vurderinger av om henviste pasienter har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke, skal foretas etter de samme kriteriene (Prop. 118 L (2012–2013)). Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd er formulert slik i gjeldende lovbestemmelse:

«Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal i løpet av vurderingsperioden, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd, fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever.»

Etter forarbeidene skal ordlyden i gjeldende lovbestemmelse tolkes slik at den rettslige standarden «nødvendig» samsvarer med

den medisinske vurderingen av behov (Prop. 118 L (2012–2013)). Ved vurderingen av om det foreligger rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, er det da avgjørende hva en helsefaglig vurdering tilsier.

Lovgiver antar at gjeldende ordlyd i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd – med «nødvendig helsehjelp» som en rettslig standard – gir en tilstrekkelig juridisk fleksibilitet for å kunne håndtere den faglige og metodiske utviklingen som til enhver tid skjer innenfor helse- og omsorgssektoren (Prop. 118 L (2012–2013)). Bestemmelsen gir stort rom for faglig skjønnsutøvelse. Dette betyr at en fagperson, her en lege, kan foreta faglige vurderinger og treffe beslutninger basert på sin faglige kompetanse. Samtidig er det faglige skjønnnet underlagt begrensningene som følger av prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne. Disse instrumentene avgrenser dermed rommet for det epistemiske skjønnnet (vurdering av situasjon og valg av handling) (Grimen & Molander, 2008). Rettslig regulering er i denne sammenheng en del av de strukturelle begrensningene som setter skranker for legenes faglige skjønnsutøvelse (Aasen & Magnussen, 2016).

Prioriteringsforskriften som ramme for den individuelle retten

Prioriteringsforskriften har hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd og gjelder bare for beslutningene om rett til nødvendig spesialisert helsehjelp. Forskriften gjelder ikke for beslutninger om rett til nødvendig helsehjelp fra kommunen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a. Prioriteringsforskriftens intensjon er å utfylle den sterkt skjønnsmessige bestemmelsen i lovens § 2-1b andre ledd. Forskrifter blir ofte omtalt som «delegert» lovgivning (Mæhle & Aarli, 2016). Gjennom denne forskriften setter helsemyndighetene retten til nødvendig spesialisert helsehjelp

inn i et bredere samfunnsperspektiv som uttrykker behovet for at tilgjengelige helseressurser skal forvaltes etter gitte kriterier.

Etter gjeldende regulering skal det foretas en prioritering i to beslutningsomganger. For det første ved inngangen til spesialisthelsetjenesten når henvisning vurderes etter prioriteringsforskriften § 2, der kriteriene «forventet nytte» og «kostnad som står i forhold til tiltakets effekt» legges til grunn. Videre skal det i andre omgang prioriteres mellom rettighetspasientene ved fastsettelse av frist for start av helsehjelp etter prioriteringsforskriften § 2a. Her legges det tredje kriteriet, «alvorlighets- og hastegrad», til grunn for vurderingen. Prioriteringsforskriften §§ 2 og 2a kan dermed anses for å ha to ulike funksjoner. Den førstnevnte bestemmelsen sier noe om terskelen for å få rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, mens sistnevnte bestemmelse gir kriterier for å vurdere pasientens plassering i køen.

Prioriteringsforskriften § 2

Etter gjeldende regulering har prioriteringsforskriften § 2 følgende ordlyd:

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

- a) pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 andre ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
- b) de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert helsehjelp kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten helsehjelp eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av helsehjelp.»

Det følger av bokstav a og b to vilkår som begge må være oppfylt for å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. For det første må det foreligge en «forventet nytte av helsehjelpen». For det andre skal det foretas en forholdsmessighetsvurdering der «de forventede kostander står i et rimelig forhold til tiltakets effekt». Er disse vilkårene oppfylt, uansett tilstandens alvorlighetsgrad, har pasienten etter ordlyden rett til helsehjelp. I det følgende skal vi se nærmere på de kriteriene forskriften § 2 viser til for å ta stilling til om det foreligger en rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Vilkåret «forventet nytte av helsehjelpen»

Innholdet i vilkåret om «forventet nytte» er presisert i prioriteringsforskriften § 2 andre ledd. Kriteriet gir anvisning på et helsefaglig skjønn, der legen skal foreta en faglig vurdering av om det foreligger «forventet nytte» av helsehjelpen. Det er ved vurderingen av henvisningen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd at det foretas en vurdering av om vilkårene etter lovens § 2-1b andre ledd er oppfylt.

Etter prioriteringsforskriften § 2 andre ledd fremgår det at helsehjelpen skal være dokumentert effektiv. Av forarbeidene følger det videre at bestemmelsen medfører at retten til nødvendig helsehjelp ikke omfatter eksperimentell eller utprøvende behandling. Behandlingen skal være vitenskapelig dokumentert innenfor norsk eller internasjonal medisinsk forskning (Ot.prp. nr. 63 (2002–2003)). Dette er et faglig strengt krav som viser til kunnskapsbasert medisin (evidence-based medicine). Kriteriet er imidlertid likevel skjønnspreget, med andre ord vagt formulert og åpent for tolkning. Det er det medisinskfaglige personellet som til enhver tid tolker loven og hva som ligger i ordlyden «forventet nytte». Ulike behandlingstradisjoner, ulik utdanning og erfaring kan ved tolkning medføre uenighet om nytteverdien, noe som

kan virke inn på vurderingen av om tiltaket regnes som nødvendig helsehjelp (Molven, 2015). Nyttan av helsehjelpen er også avhengig av pasienten som mottar den, og i hvilken grad han eller hun responderer på hjelpen. Det kan i denne sammenheng forekomme etablering av ulik forståelse av «forventet nytte» mellom ulike avdelinger, fagområder og helseforetak, som kan medføre en utilsiktet forskjellsbehandling av tilfeller som etter regelverket burde behandles likt. Prioriteringsveilederne presiserer ytterligere hvilke sykdomstilstander som anses for å ha «forventet nytte» av den aktuelle helsehjelpen, og blir derfor et viktig bidrag til utpenslingen av innholdet i retten til «nødvendig helsehjelp». Dersom disse følges, kan man forvente en større grad av likebehandling i praksis (Aasen & Magnussen, 2016).

Vilkåret «forventede kostnader står i et rimelig forhold til tiltakets effekt»

Det andre vilkåret som etter gjeldende rett må være oppfylt etter prioriteringsforskriften § 2 første ledd bokstav b, er at de «forventede kostnader står i et rimelig forhold til tiltakets effekt». I motsetning til det første vilkåret er dette vilkåret ikke forsøkt videre operasjonalisert i prioriteringsforskriften. Etter forarbeidene fremgår det at gjeldende prioriteringsforskrift viderefører prinsippet om at det skal ligge en kost-nytte vurdering til grunn for om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det skal her foretas en forholdsmessighetsvurdering mellom kostnader og nytte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Dette innebærer at det må foreligge et rimelig forhold mellom kostnadene ved utredning og behandling og den forbedringen av pasientens helsetilstand som helsehjelpen forventes å gi. Helsepersonellet må foreta både vanskelige medisinskfaglige vurderinger samt økonomiske og etiske overveielser (Kjønstad, Syse & Kjelland, 2017).

Kriteriet bør sees i lys av kravet om at helsehjelpen ikke skal påføre det offentlige unødige utgift, jf. helsepersonelloven § 6. Helsepersonell skal for eksempel ikke iverksette undersøkelser med svært lav nytteverdi eller utføre for mange og unødige prøver og analyser. Kravet til faglig forsvarlighet har også med forsvarlig ressursbruk å gjøre, og det innebærer derfor at det kan være uforsvarlig å utføre kostbare undersøkelser som etter en medisinskfaglig vurdering vil ha liten nytte. Et overforbruk av kostbare metoder med liten dokumentert nytte kan medføre at andre pasienter eller pasientgrupper blir tilført tilsvarende mindre ressurser. Det er derfor nødvendig å foreta ressursvurderinger i hvert enkelt tilfelle, slik prioriteringsforskriften legger opp til. Det er likevel forståelig at det kan være vanskelige etiske og juridiske avveininger knyttet til vurdering av henvisningene, da det ofte dreier seg om gråsoner uten klare svar.

Helhetsvurdering av vilkårene i § 2 bokstav a og b

Prioriteringsforskriften § 2 oppstiller, som gjort rede for ovenfor, to adskilte vilkår som må være oppfylt for at det skal foreligge en rett til nødvendig helsehjelp. Disse vilkårene skal etter forarbeidene ses i sammenheng, slik at det foretas en helhetsvurdering. Vilrårene er relative i forhold til hverandre, slik at kravet til behandlingens forventede nytte kan være lavere dersom kostnadene for behandlingen er lav. Motsatt dersom behandlingens nytte anses høy, kan behandlingens kostnad være høyere (Ot.prp. nr. 63 (2002–2003)).

Kravet til faglig forsvarlighet etter helsepersonelloven 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 gjelder ved vurderingen av om vilkårene om nytte og kostnadseffektivitet er oppfylt. Det skal i pasientforløpet ved vurderingen av henvisningen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd både tas hensyn til nytten av helsehjelpen samt økonomiske overveielser, men da slik at helsehjelpen som ytes, ikke kan være under en minstestandard for forsvarlig helsehjelp

(Molven, 2015). Innebygget i den individuelle retten til «nødvendig helsehjelp» som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd, ligger det også en kollektiv vurdering knyttet til forvaltning av fellesskapets ressurser. Vilåårene om «forventet nytte» og at «forventede kostnader står i rimelig forhold til tiltakets effekt», danner med andre ord de juridiske rammene for det medisinske skjønnet ved tolkningen av hva som anses «nødvendig» etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd. Pasientens diagnose er ikke avgjørende for retten til nødvendig helsehjelp. Innenfor samme diagnosegruppe kan noen pasienter oppfylle de to kumulative vilåårene og ha rett til nødvendig helsehjelp, mens andre med samme diagnose ikke oppfyller vilåårene (Ot.prp. nr. 63 (2002–2003)). Prioriteringsveilederne kan gi ytterligere hjelp til å foreta forsvarlige vurderinger både på individ- og samfunnsnivå (Aasen og Magnussen, 2016).

Den samlede vurderingen av prioriteringsforskriften § 2 bokstav a og b fører til to mulige utfall når henvisningen vurderes. Pasienten kan for det første anses for å oppfylle vilåårene i prioriteringsforskriften § 2. Pasienten anses da for å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og får rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd. For det andre kan pasienten etter den samlede vurderingen anses å ikke oppfylle vilåårene i prioriteringsforskriften § 2 og dermed ikke ha verken behov (i lovens forstand) eller rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Pasienten skal da etter en faglig forsvarlig vurdering avvises eller henvises tilbake til oppfølging i kommunen.

Hittil har vi sett at det etter gjeldende regulering skal foretas en prioritering av pasienter etter vilåårene i prioriteringsforskriften § 2 når henvisningen blir vurdert i spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven første ledd § 2-2, jf. § 2-1b andre ledd. Videre skal det etter gjeldende rett prioriteres *mellom* rettighetspasientene ved fristfastsettelse for start av helsehjelp. Dette er regulert i prioriteringsforskriften § 2a.

Prioriteringsforskriften § 2a

Prioriteringsforskriften § 2a har følgende ordlyd:

«Spesialisthelsetjenesten skal prioritere pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ut fra alvorlighets- og hastegrad. I prioriteringen av pasienter skal det legges vekt på prognosetap med hensyn til livslengde og livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes.»

Dette innebærer at pasienter som har oppfylt vilkårene i prioriteringsforskriften § 2 og har rett til spesialisert helsehjelp, skal prioriteres etter «alvorlighets- og hastegrad» når det settes tidsfrist for senest oppstart av helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd og § 2-2 første ledd. Også denne prioriteringen skal skje ved «inngangsporten» til spesialisthelsetjenesten, det vil si når henvisningene vurderes. Vurderingen av «alvorlighet og hastegrad» er med andre ord avgjørende for hvor lang tid det skal ta før helsehjelp påbegynnes.

Helsepersonellet er bundet av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesten av forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Fristen som settes, må etter gjeldende rett gi sikkerhet for at helsehjelpen kan startes og fullføres forsvarlig i hele forløpet. Dette følger også direkte av ordlyden i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd, der det fremgår at «fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever». Det må være faglig forsvarlig å utsette helsehjelpen til den fristen som settes, uten at det går utover prognosen. Kravet til faglig forsvarlighet har derfor stor betydning for tolkningen av vilkåret «alvorlighets- og hastegrad».

Ved vurderingen av henvisningen skal det med andre ord settes en individuell og forsvarlig frist for hver enkelt pasient. Det følger av forarbeidene at fristen gjelder både utredning og behandling, alt etter om pasientens tilstand er avklart eller uavklart. Er pasientens helsetilstand avklart, skal det settes en frist for seneste oppstart av

behandling, som vil anses oppfylt når behandlingen er påbegynt. Er derimot helsetilstanden uavklart, skal det settes en frist for seneste oppstart av utredning. Fristen anses oppfylt når helsehjelp i form av utredning er igangsatt før fristens utløp (Prop. 1 18 L (2012–2013)).

Vilkåret «alvorlighets- og hastegrad»

Tolkningen og innholdet i alvorlighetskravet er etter gjeldende rett den samme som etter tidligere regulering. Begrepet alvorlighet ble innført av Lønning I-utvalget, som definerte alvorlighet slik: «Sykdommen reduserer pasientens leveutsikter. I tillegg må imidlertid faktorer som plager og funksjonsnedsettelse, sykdommens betydning for livskvalitet i høyeste grad tas i betraktning» (NOU 1987: 23).

Etter gjeldende ordlyd i prioriteringsforskriften er «alvorlighets- og hastegrad» det kriteriet som pasienter med rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten blir prioritert etter ved fristfastsettelse. Lønning II-utvalget beskrev alvorlighet også som «et uttrykk for prognosetap dersom behandling eller andre tiltak ikke iverksettes» (NOU 1997: 18). Lønning II-utvalgets definisjon av alvorlighet kommer tydelig frem i gjeldende ordlyd i § 2a andre setning, der det fremgår at det i prioriteringen skal «legges vekt på prognosetap med hensyn til livslengde og livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes». Prognose beskriver videre hvor mange fremtidige gode leveår man kan forvente å ha igjen etter å ha blitt diagnostisert og behandlet. Desto færre fremtidige gode leveår, jo mer alvorlig vil tilstanden være (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Både situasjonen, varigheten og tapet av fremtidige leveår har betydning for vurderingen av alvorlighetsgraden. Dette innebærer at noen tilstander hos barn og unge kan vurderes som mer alvorlig sammenlignet med tilsvarende tilstand hos eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). I hvilken grad alder skal være et kriterium som legges til grunn ved prioritering, er i seg selv en stor diskusjon

(se eksempelvis Sen, 1992, som blant annet argumenterer for at eldre kan ha mindre krav på flere gode leveår enn yngre, da de allerede har fått mange leveår).

Vilkåret «alvorlighets- og hastegrad» er av faglig karakter, der det er behandlende lege som foretar vurderingen av fristfastsettelsen etter dette kriteriet. Ulike fagpersoner kan legge ulike vurderinger til grunn for sin tolkning av bestemmelsen. Kriteriene gir et spillerom for helsearbeiderens utøvelse av faglig skjønn når han eller hun tar stilling til hvilke aspekter ved pasientens situasjon og helsehjelpen som er relevant for prioriteringsspørsmålet. Erfaringer fra klinisk praksis viser også at ulike helsearbeidere legger ulikt substansielt innhold i alvorlighetsbegrepet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Enkeltpasienter kan få høyere prioritet fordi det er spesielle forhold som gjør deres sykdom og situasjon mer alvorlig. Dette er noen ganger uproblematisk, mens andre ganger kan grunnleggende oppfatninger om likebehandling bli utfordret.

På den annen side, individuelle forhold knyttet til den enkelte pasienten må kunne tillegges betydning ved prioritetsvurderingen, og ved nytte- og kostnadsvurderingen, ut fra en oppfatning om at helsepersonellet skal gi forsvarlig helsehjelp. Forskjellsbehandling ut fra individuelle forhold bryter ikke nødvendigvis med målet om «lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet», nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1. God kvalitet forutsetter nettopp en slik individuell behandling. Dette er et ledd i forsvarlig medisinsk praksis, som krever individuelt tilrettelagt behandling for den enkelte.

Lovgiver og helsemyndigheter har gjennom kriteriene «forventet nytte», «kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt» og «alvorlighets- og hastegrad» etablert en juridisk skranke for det medisinskfaglige skjønn, for å fremme likebehandling av pasienter. Men det er fortsatt rom for en faglig forsvarlig individuell vurdering. Det dreier seg alltid om enkeltindivider med en unik historie, der behovet for helsehjelp nødvendigvis må vurderes

konkret. For å oppnå formålet om likebehandling er det likevel behov for at man ved vurderingene av enkeltpasienter tilstreber størst mulig konsistens i skjønnsutøvelsen og i prioriteringsbeslutningene. Dette formålet forsøkes oppnådd gjennom de fagspesifikke prioriteringsveilederne som ytterligere utpensler innholdet i kriteriene.

Prioriteringsveiledere

Offentlige organer som administrerer velferdsordninger, avgir ofte uttalelser om hvordan lovgivningen skal eller bør tolkes. Disse administrative uttalelsene kan være både rundskriv og veiledere som bygger på relevante rettskilder for å være i samsvar med gjeldende rett. En del av reglene som er å finne i disse uttalelsene, er kodifisering av forvaltningspraksis, og de må dermed tillegges vekt som administrativ praksis. Det kan derfor være brudd på det forvaltningsrettslige likhetsprinsippet dersom disse uttalelsene ikke følges i en konkret sak (Kjønstad mfl., 2017). I Fusadommen⁸ la Høyesterett stor vekt på uttalelser i et rundskriv som gav uttrykk for en fast og langvarig praksis i kommunene.

I 2012 ble det videre foretatt en lovendring i spesialisthelsetjenesteloven ved tilføyning av § 7-3 første ledd. Det fremgår av denne bestemmelsen at Helsedirektoratet er gitt en normeringsmyndighet som styrker prioriteringsveilederens rettslige betydning: «Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten.» Foran fremgår det at vilkårene i prioriteringsforskriften §§ 2 og 2a gir betydelig rom for faglig skjønn, som kan medføre at pasienter ikke alltid får «lik tilgang på tjenester» etter formålsbestemmelsen i pasient- og

⁸ Rt. 1990, s. 887. *Fusadommen*.

brukerrettighetsloven § 1-1 første ledd. Mangelen på likebehandling og lik forståelse av kriteriene i prioriteringsforskriften gjorde at Helsedirektoratet i 2006 iverksatte et prioriteringsprosjekt som i 2012 endte opp med 32 prioriteringsveiledere. Formålet var å imøtegå utfordringene med ulik forståelse av lov og prioriteringsforskrift i praksis og mangelen på likebehandling mellom helseforetakene (Syse, 2015).

Helsedirektoratet har uttalt at veilederne skal «bidra til økt forståelse av prioriteringsvilkårene og mer lik praktisering av dem. Målet er at pasientrettighetene blir oppfylt i lik grad uavhengig av hvor pasientene bor og uavhengig av hvilken sykdom de har» (Helsedirektoratet, 2015a). Den grunnleggende verdien om likebehandling ligger til grunn for operasjonaliseringen av prioriteringskriteriene. Avvik krever derfor en særlig begrunnelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b).

Det foreligger i dag 33 ulike prioriteringsveiledere som er ment å dekke 75–80 prosent av problemstillingene som tas opp i henvisningene til de ulike fagområdene (Helsedirektoratet, 2015a). For å belyse prioriteringsveilederens funksjon som rettskilde som utpensler innholdet i retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, er veilederen «Prioriteringsveileder – hjertemedisinske sykdommer» og tilstanden «hjertesvikt» valgt som illustrasjon i det følgende.⁹ Det fremgår av denne veilederen at dersom pasienten som henvises, har nyoppståtte symptomer på hjertesvikt eller forverring av allerede kjent hjertesvikt, foreligger det «en veiledende rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten». Begrunnelsen som fremgår av veilederen, er at «helsehjelpen anses å være nyttig» og «helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv» (Helsedirektoratet, 2015b). Dette medfører at denne tilstanden oppfyller kriteriene i prioriteringsforskriften § 2 bokstav a og b.

9 Prioriteringssspørsmål ved en hjertemedisinsk avdeling blir behandlet av Teig og Wester i kapittel 8 i denne boken.

Når det gjelder videre fristfastsettelse for seneste oppstart av helsehjelpen etter prioriteringsforskriften § 2a, anses det forsvarlig at utredning starter i løpet av tolv uker, som dermed angis som veiledende frist for start av utredning og behandling (Helsedirektoratet, 2015b).

Fristene som fremgår av den enkelte prioriteringsveilederen, er altså en sentral rettskildefaktor ved tolkningen av innholdet i retten til nødvendig og forsvarlig helsehjelp, og de blir derfor normalt fulgt. Fristen for når helsehjelpen skal ytes, er vurderingspreget, men prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne angir likevel føringer for skjønnsutøvelsen. Dette bidrar til at retten til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten blir mer forutsigbar og mindre skjønnspreget enn om slike veiledere ikke fantes.

I hvert enkelt pasienttilfelle skal det foretas en konkret individuell helhetsvurdering av henvisningen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd om det foreligger en rett til nødvendig helsehjelp, og hvilken tidsfrist som skal settes etter lovens § 2-1b andre ledd. Når det gjelder tilstanden «hjertesvikt», listes det opp ulike individuelle forhold som kan «endre rettighetsstatus eller frist for start av helsehjelp for enkelte pasienter» (Helsedirektoratet, 2015b). Disse individuelle forholdene kan medføre at pasienten skal prioriteres høyere eller lavere når det gjelder fristfastsettelse i henhold til «alvorlighets- og hastegrad» etter prioriteringsforskriften § 2a. Hvis pasientens sykehistorie viser at tilstanden er så alvorlig at det vil være uforsvarlig med en frist for oppstart av helsehjelpen på tolv uker, må fristen settes kortere, eksempelvis fire uker. Dersom helsepersonellet velger å fravike veilederen, må det foreligge en akseptabel faglig begrunnelse for hvorfor den aktuelle veilederen ikke er fulgt. Det vil være i strid med det forvaltningsrettslige likhetsprinsippet dersom prioriteringsveilederen uten forsvarlig begrunnelse fravikes når den ellers legges til grunn i liknende tilfeller.

Prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne indikerer at innholdet i retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er presisert i ganske stor detalj for å realisere målet om likebehandling av pasienter. Samtidig gir regelverket rom for et nødvendig faglig skjønn i møtet med den enkelte pasienten. Det grunnleggende kravet om forsvarlighet i helsetjenesten innebærer at det alltid må være rom for faglig skjønn for å sikre forsvarlig behandling av hvert enkelt individ. Samtidig viser behovet for prioriteringsveiledere at lovgivning på feltet ikke er et tilstrekkelig virkemiddel for å sikre forsvarlig prioritering i samsvar med grunnleggende etiske og rettslige prinsipper (Aasen & Magnussen, 2016).

Pasientens klagemulighet og domstolskontroll

Pasient- og brukerrettighetsloven inneholder noen viktige bestemmelser som skal sørge for at pasientens rettssikkerhet ivaretas. Pasienten har rett til å klage på vedtak fattet i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2, jf. kapittel 7. En annen viktig rettssikkerhetsgaranti er at forvaltningsvedtaket kan bringes inn for de ordinære domstolene til overprøving.

Pasientens mulighet til å klage følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 første ledd, der det fremgår at pasienten kan klage til Fylkesmannen dersom han eller hun mener at retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd er krenket. Etter norsk rett gjelder det alminnelige prinsippet om at klageinstansen har full overprøvsingsrett (Kjønstad mfl., 2017). Ved overprøving av enkeltvedtak fattet av spesialisthelsetjenesten kan Fylkesmannen derfor prøve alle sider av saken, både om det foreligger en rett til nødvendig helsehjelp, og om tidsfristen som er satt for oppstart av behandlingen, er forsvarlig.

Et vedtak om at det foreligger rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og en påfølgende avgjørelse i en klagesak, kan videre bringes inn for de alminnelige domstolene for overprøving. Det følger av forvaltningsloven § 27 b at «det forvaltningsorgan som har truffet vedtaket, kan bestemme at søksmål om gyldigheten av forvaltningsvedtak ikke skal kunne reises uten at vedkommende part har nyttet sin adgang til å klage over vedtaket, og at klagen er avgjort av den høyeste klageinstans som står åpen». I denne sammenheng må det foreligge en avgjørelse av Fylkesmannen. Domstolen kan foreta en legalitetskontroll, som innebærer en prøving av lovmessigheten av avgjørelsen. Pasienter har dermed mulighet for å få overprøvd en avgjørelse om «rett til nødvendig helsehjelp» fra spesialisthelsetjenesten ved domstolene (Kjønstad mfl., 2017, Eckhoff & Smith, 2014).

Hovedregelen er at domstolen eventuelt opphever avgjørelsen og ikke selv avgjør realiteten, men sender det tilbake til forvaltningen (her: spesialisthelsetjenesten) for ny behandling (Kjønstad mfl., 2017, Eckhoff & Smith, 2014). Dette fremgår også av forarbeidene til tvisteloven, der det heter at domstolen etter tradisjonell norsk rett ikke har adgang til å gi realitetsdom når lovligheten beror på svært skjønnsmessige vurderinger (Ot.prp. nr. 51 (2004–2005)).

Et betimelig spørsmål er likevel i hvilken grad lovverkets bestemmelser om pasientens klagemulighet og mulighet for domstolskontroll av et vedtak gir en reell rettssikkerhetsgaranti i praksis. Realisering av klageretten og prøvingsretten for domstolene avhenger først og fremst av at pasienten er klar over disse mulighetene (Kjønstad mfl., 2017). Stort sett er det bare et mindretall av de uriktige avgjørelsene som fattes i helsevesenet, som blir gjenstand for klagebehandling. Dette til tross for at klageretten etter pasient- og brukerrettighetsloven har eksistert i over ti år (Syse, 2015; Molven, 2015). Det lave antallet klagesaker kan skyldes både at pasientene ikke kjenner til klagemuligheten, og at pasienter med

behov for helsehjelp befinner seg i en ressurs svak situasjon der det oppleves for krevende å reise en klagesak. Samtidig har det heller ikke vært tradisjon for pasienter å uttrykke misnøye gjennom å påklage vedtak (Syse, 2015).

Pasientens klagemulighet og mulighet for å prøve vedtaket for domstolene er likevel utvilsomt viktige rettssikkerhetsgarantier. Den preventive effekten av slike regler må ikke undervurderes. Spesialisthelsetjenestens visshet om at en avgjørelse kan påklages og omgjøres, vil i seg selv øke bevisstheten og etterlevelsen av pasient- og brukerrettighetsloven (Syse, 2015).

Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett hvordan lovgiver og helsemyndigheter gjennom lov, forskrift og prioriteringsveiledere søker å sikre likebehandling ved vurderingen av om det foreligger rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b andre ledd. I praksis handler dette om at alle henvisninger som kommer til de ulike helseforetakene og poliklinikkene, skal behandles ut fra samme kriterier. Hensikten er realisering av formålet i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 første ledd om å gi befolkningen «lik tilgang på tjenester av god kvalitet».

Retten til helsehjelp inngår i en større verdimessig og velferdsrettslig sammenheng og må også sees som et ledd i oppfyllelse av menneskerettslige krav om å sikre befolkningen lik tilgang til adekvate helsetjenester innenfor rammen av tilgjengelige ressurser (FNs høykommissær for menneskerettigheter, 2000; Toebes, 2012). Nasjonal lovgivning er overordnet lokale prosedyrer og retningslinjer i de ulike helseforetakene og representerer derfor et viktig politisk virkemiddel for å realisere målet om lik tilgang til faglig forsvarlige helsetjenester uavhengig av hvilket helseforetak eller hvilken sykehusavdeling som behandler en henvisning.

En utfordring med lovreguleringen er at en effektiv lovgivning forutsetter at helsepersonell har kjennskap til regelverket om prioritering i spesialisthelsetjenesten og trening i å anvende det. Det bør derfor gjennomføres systematisk opplæring i gjeldende regulering og prioriteringskriterier både blant ledere og leger som vurderer henvisningene (NOU 2014: 12). Undersøkelser viser at leger i stor grad finner regelverk om prioritering og veiledere nyttige i sitt arbeid (se Bringedal og Carlsen, kapittel 6 i denne boken). Dette indikerer at rettslig regulering ikke nødvendigvis oppfattes som hindringer for effektiv og god klinisk praksis.

Idealet om likebehandling kan bli utfordret ved utøvelsen av faglig skjønn, som er et viktig element i yrkesutøvelsen og anvendelsen av regelverket. Bevissthet, kunnskap og åpenhet om hvilke kriterier som ligger til grunn for prioritering, er derfor svært viktig (Hanssen, Humerfelt, Kjellefeldt, Norheim, & Sommerseth 2015). Også dette taler for at opplæring i vedtatte prioriteringskriterier bør utgjøre en større del av pensum i helserelaterte utdanninger (NOU 2014: 12). Studentene bør gjennom utdanningsløpet bli introdusert for den verdiavveiningen man kan bli stilt overfor som helsepersonell. At hensynet til pasienten nødvendigvis må være helsepersonellens primæransvar, er ikke det samme som at hensyn til virksomhetens og samfunnets ressursforvaltning er uviktig. Mye kan tyde på at det er lagt for lite vekt på prioriteringsspørsmål og prioriteringsetikk i grunn- og videreutdanningen av leger og annet helsepersonell (NOU 2014: 12; St.meld. nr. 26 (1999–2000); Norheim, 2015). Helseutdanningsinstitusjonene har ansvar for utdanningen av helsepersonellet og for at faglig skjønnsutøvelse «kultiveres» i tråd med gjeldende lovgivning og regelverk (Bærøe, 2011). Denne «kultiveringen» av skjønnet kan være med på å sikre formålet i pasient- og brukerrettighetsloven om å gi befolkningen «lik tilgang» til tjenester av god kvalitet.

Referanser

- Aasen, H.S., Hartlev, M., & Magnussen, A.M. (2015). Right to hospital care and prioritisation from a law and politics perspective – the experiences of Norway and Denmark. *European Journal of Social Security*, 17(4), 409–435.
- Aasen, H.S., & Magnussen, A.M. (2016). Prioriteringsveiledere som styringsverktøy i skjæringspunktet mellom rett og medisin. *Rettfærd*, 153(2), 19–31.
- Bernt, J.F., & Mæhle, S.S. (2010). *Rett, samfunn og demokrati*. Oslo: Gyldendal.
- Bærøe, K. (2011). Mellom samfunnsstrukturer og profesjon. Om avgrensning, kultivering og premisser for adekvat skjønnsutøvelse i legerollen. *Etikk i Praksis. Nordic Journal of Applied Ethics*, (2), 23–44, doi: 10.5324/eip.v5i2.1769
- Eckhoff, T., & Smith, E. (2014). *Forvaltningsrett* (10. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- FNs høykommissær for menneskerettigheter (2000). *General Comment No. 14 on the right to the highest attainable standard of health*. Nedlastet fra <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>
- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og kjønn. I A. Molander & L.I. Terum (red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevoll, A., Norheim, A., & Sommerseth, R. (2015). *Faglig kjønn og brukermedvirkning i helse- og velferdstjenestene* (2. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet (2015a). *Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne*. Nedlastet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne>
- Helsedirektoratet (2015b). *Prioriteringsveileder – hjertemedisinske sykdommer*. Nedlastet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjertemedisinske-sykdommer>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015a). *Høringsnotat – endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet*. Nedlastet fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/110519/H%C3%B8ringsnotat%20-%20Pasdir%203.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet (2015b). *På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering*. Nedlastet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/pa-ramme-alvor/id2460080/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). Utvalg om prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Nedlastet fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/utvalg-om-prioritering-i-den-kommunale-helse--og-omsorgstjenesten/id2548583/>
- Holte, H.H. (2010). *Publiserte triageskalaer gjenspeiler den akuttmedisinske vurderingen av pasienter i akuttmottaket*. Nedlastet fra <https://www.fhi.no/publ/2010/publiserte-triageskalaer-gjenspeiler-den-akuttmedisinske-vurderingen-av-pas/>
- Kjønstad, A., Syse, A., & Kjelland M. (2017). *Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang* (6. utgave). Oslo: Gyldendal.
- Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Molven, O. (2015). *Helse og jus* (8. utgave). Oslo: Gyldendal.
- Mæhle, S.S., & Aarli, R. (2016). *Fra lov til rett*. Oslo: Gyldendal.
- Norheim, O.F. (2015). Rettferdig prioritering i helsetjenesten. Hva kan gjøres i praksis? *Nytt Norsk Tidsskrift*, 32(2), 191–194.
- NOU 1987: 23. *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Sosialdepartementet.
- NOU 1997: 18. *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2014: 12. *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nygaard, N. (2004). *Rettsgrunnlag og standpunkt* (2. utgave). Bergen/Oslo: Universitetsforlaget.
- Ot.prp. nr. 51 (2004–2005). *Om lov om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven)*. Oslo: Justis- og politidepartementet.
- Ot.prp. nr. 63 (2002–2003). *Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.* Oslo: Helsedepartementet.
- Prop. 118 L (2012–2013). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Sen, A. (1992). *Inequality reexamined*. Oxford: Clarendon Press.
- St.meld. nr. 26 (1999–2000). *Om verdier for den norske helsetenesta*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Syse, A. (2015). *Pasient- og brukerrektighetsloven med kommentarer* (4. rev. utgave). Oslo: Gyldendal.
- Toebe, B. (2012). The right to health and other health-related rights. I B. Toebe, M. Hartlev, A. Hendriks & J.R. Herrmann (red.), *Health and human rights in Europe* (s. 83–111). Antwerp: Intersentia.