

Nr.

I-3/2025

Vår ref

23/1513

Dato

3. desember 2025

Rundskriv I-3/2025 om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

1. Innledning

Departementet gir i dette rundskrivet en nærmere omtale av retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 og spesialisthelsetjenestens plikt til å sørge for forsvarlige spesialisthelsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Rundskrivet erstatter tidligere rundskriv I-4/2019 - Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og forholdet til forsvarlighetskravet mm.

Rundskrivet skal gi veiledning om innholdet i pasienters rettskrav på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og bidra til å avklare forholdet mellom pasientens rettskrav på forsvarlig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og beslutninger i systemet for Nye metoder.

Rundskrivet skal videre avklare enkelte problemstillinger knyttet til Nasjonalt organ for rådgiving ved alvorlig livsforkortende sykdom – Ekspertpanelet.

2. Sentrale begreper i rundskrivet

Begrepet **helsehjelp** er i pasient- og brukerrettighetsloven¹ definert som enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell. Dette omfatter et bredt spekter av tiltak, blant annet behandling som er årsaksrettet

¹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav c

(dvs. tiltak som griper inn overfor sykdommens eller tilstandens årsak eller virkningsmekanisme), tiltak som retter seg mot sekundære konsekvenser av sykdommen eller tilstanden, forebyggende eller er symptomlindrende tiltak.

Begrepet **metode** brukes i dette rundskrivet om alle tiltak som benyttes for å forebygge, utrede, diagnostisere og behandle sykdom, samt tiltak for rehabilitering av pasienter.

3. Spesialisthelsetjenestens formål og prinsipper for prioritering

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det følger videre av lovens formålsbestemmelse at spesialisthelsetjenesten skal ivareta følgende hensyn²:

1. fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning,
2. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,
3. bidra til et likeverdig tjenestetilbud,
4. bidra til at ressursene utnyttes best mulig,
5. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og
6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.

Stortinget setter en økonomisk ramme for spesialisthelsetjenesten som tjenesten skal holde seg innenfor. Det betyr at ressursene som er tilgjengelig i spesialisthelsetjenesten ikke er ubegrensede. For å oppfylle de grunnleggende og viktige formålene med spesialisthelsetjenesten, må det derfor løpende gjøres gode prioriteringer.

Prioriteringer handler i denne sammenhengen om å fordele ressurser til noen områder og tiltak fremfor andre, med andre ord si nei til enkelte tiltak og ja til andre. Stortinget har sluttet seg til følgende prioriteringskriterier, som skal anvendes på tvers av pasientgrupper og beslutningssituasjoner i helse- og omsorgstjenesten³:

- **Nyttekriteriet:** Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket
- **Ressurskriteriet:** Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på
- **Alvorlighetskriteriet:** Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden

Prioriteringskriteriene skal vurderes samlet og veies mot hverandre. Desto mer alvorlig en tilstand er eller desto større nytte et tiltak har, desto høyere ressursbruk

² Spesialisthelsetjenesteloven § 1-1

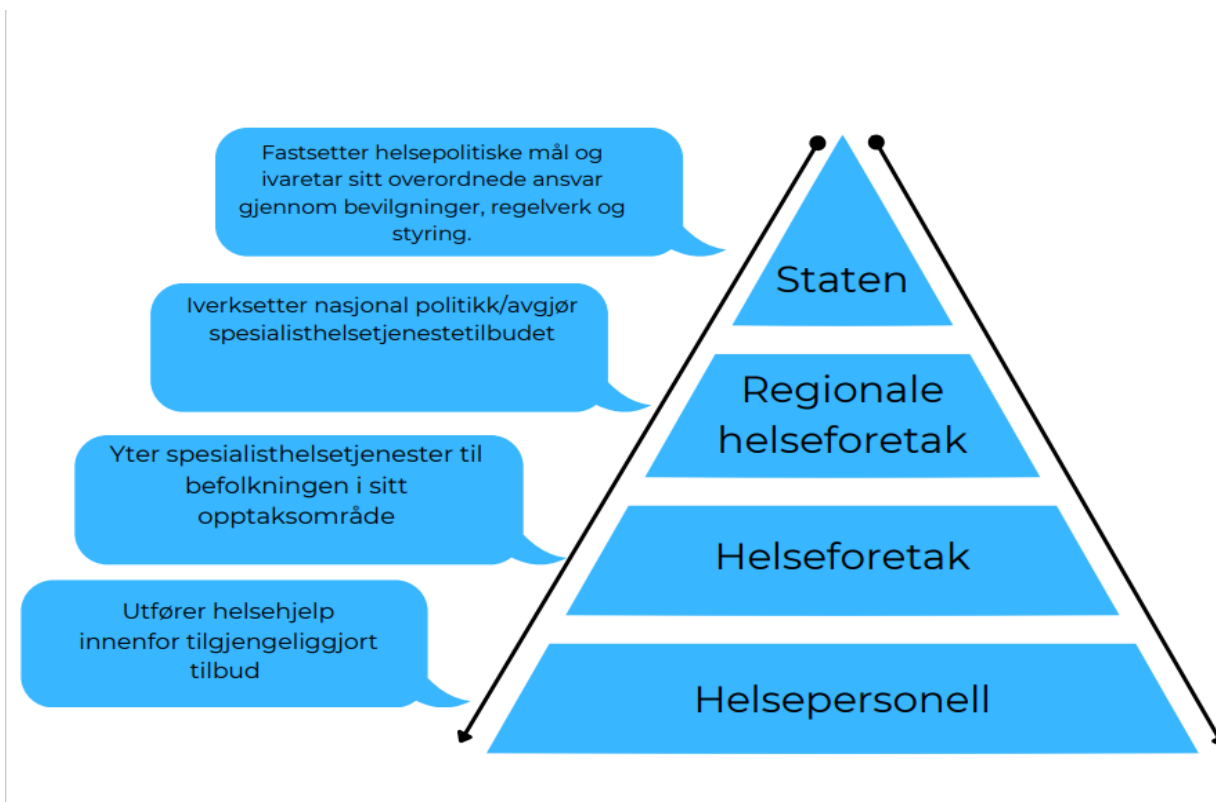
³ For nærmere omtale av dette, se Meld. St. 21 (2024-2025) Helse for alle - Rettferdig prioritering i vår felles helsetjenesten, Prop. 55 L (2018-2019) om lovfesting av systemet for Nye metoder og Meld. St. 38 (2020-2021) om prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

kan aksepteres. Prioritering av mindre alvorlige tilstander og tiltak med begrenset nytte kan bare forsvares hvis ressursbruken er lav.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven⁴ at de regionale helseforetakene og virksomheter som de regionale helseforetakene eier eller yter tilskudd til, skal innrette sitt tjenestetilbud i tråd med de nevnte kriteriene.

Norge ivaretar sine internasjonale menneskerettslige forpliktelser gjennom helselovgivningen og praksis som sikrer likeverdig tilgang til helsetjenester uten diskriminering. Forpliktelsene gir statene et bredt handlingsrom til å organisere og prioritere helsetjenester. Menneskerettighetskonvensjoner gir også rom for prioriteringer basert på nytte og effekt, forutsatt at beslutningene tas på en rettferdig og transparent måte som også ivaretar hensynet til sårbare grupper. Lovfestede prioriteringskriterier bidrar til en kunnskapsbasert og rettferdig ressursbruk, noe som reduserer risikoen for vilkårlig tilgang til helsehjelp/ eller usaklig forskjellsbehandling. Dette sikrer at helsetjenesten oppfyller kravene til tilgjengelighet, kvalitet og tilpasning til pasientens behov. Se vedlegg 1 for nærmere omtale av dette.

4. Ansvaret for at befolkningen tilbys nødvendige spesialisthelsetjenester



⁴ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a andre og tredje ledd

Staten har etter spesialisthelsetjenesteloven⁵ det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendige spesialisthelsetjenester, blant annet gjennom finansiering over statsbudsjettet, regulering og fastsetting av overordnede helsepolitiske mål.

De regionale helseforetakene har ansvar⁶ for å sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester, slik at pasientenes rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp blir finansiert og oppfylt («sørge-for-ansvaret»). Dette ansvaret må de regionale helseforetakene ivareta innenfor de rammer som er satt av staten som lovgiver, bevilgende myndighet og eier⁷.

De regionale helseforetakene har derfor ansvaret for å vurdere hvilke spesialisthelsetjenester som skal inngå i tilbudet i den offentlige spesialisthelsetjenesten. For å oppfylle formålet om god ressursutnyttelse skal disse vurderingene gjøres i tråd med prioriteringskriteriene.⁸ De regionale helseforetakene må organisere beslutningsprosesser, utforme fullmakter og fatte beslutninger om hvordan dette skal skje. Det følger av spesialisthelsetjenesteloven⁹ at de regionale helseforetakene skal sørge for et felles system for å beslutte hvilke metoder som kan tilbys i spesialisthelsetjenesten. Systemet for Nye metoder er de regionale helseforetakenes felles system for å beslutte hvilke behandlingsmetoder som kan tilbys i spesialisthelsetjenesten¹⁰.

De regionale helseforetakene har videre et ansvar for å sørge for at tjenestetilbudet er tilrettelagt slik at helsepersonellet som yter helsehjelp i spesialisthelsetjenesten vil være i stand til å ivareta sine plikter¹¹, blant annet plikten til å yte forsvarlig helsehjelp. De regionale helseforetakene må dermed organisere tilbudet slik at helseforetakene kan yte forsvarlig helsehjelp. Plikten til å yte forsvarlig helsehjelp er nærmere omtalt under punkt 6.2.

Helseforetakene skal på oppdrag fra det regionale helseforetaket sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i sitt geografiske ansvarsområde, eller til befolkningen i et større område innenfor mer spesialiserte funksjoner. Helseforetakene har derfor også stor innflytelse på hvilket tilbud som skal tilbys.

Det er helsepersonellet som gjør individuelle vurderinger av hva som er riktig behandling for den enkelte pasient innenfor det tilbudet som er gjort tilgjengelig i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Pasienten vil ha rett til å medvirke ved

⁵ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1

⁶ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a

⁷ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og helseforetaksloven § 2 a

⁸ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a andre ledd

⁹ Spesialisthelsetjenesteloven § 4-4

¹⁰ [Forside - Nye metoder](#)

¹¹ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 første ledd

gjennomføringen, blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder.¹²

5. Vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

5.1 Behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Det grunnleggende vilkåret for at pasienten skal ha en rettighet, er at en medisinsk vurdering tilsier at pasienten har behov for *helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten*¹³. Det er ikke pasientens egen oppfatning av behov som avgjør dette, men behandlende helsepersonellens konkrete og individuelle medisinske vurdering av behovet for helsehjelp. Helsedirektoratets faglige retningslinjer vil, der de finnes, være beslutningsstøtte i denne vurderingen.

Hva som er å anse som spesialisthelsetjeneste er ikke nærmere definert i spesialisthelsetjenesteloven eller i pasient- og brukerrettighetsloven. I forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven¹⁴ framgår det at «spesialisthelsetjeneste er en samlebetegnelse på den type helsetjenester man har funnet det hensiktsmessig ikke å legge ansvaret for på det kommunale nivå».

Skillet mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjenesten er videre omtalt i forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven¹⁵. Det vises til at det nærmere innholdet i begrepet «spesialisthelsetjenesten» er mer avklart i praksis fordi oppgaver over årenes løp har blitt definert som enten spesialisthelsetjeneste eller kommunal helse- og omsorgstjeneste. Begrepet må derfor sees i sammenheng med den faktiske oppgavefordeling mellom nivåene. Skillet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil være flytende og endre seg over tid, både på grunn av den medisinske utviklingen og endring i organiseringen av helsetjenestene.

5.2 Kravet til forventet nytte og til et rimelig forhold mellom nytten og ressursbruken

I tillegg til at pasienten skal ha et medisinsk behov, er det to vilkår som må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Pasienter har rett til nødvendig helsehjelp «når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen».¹⁶

¹² Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

¹³ Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd

¹⁴ Ot.prp. nr. 10 (1998-99) s. 119

¹⁵ Prop. 91L (2010-2011) punkt 14.3 side 162

¹⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd

Kravet til at pasienten skal ha nytte av helsehjelp innebærer at helsehjelpen må forventes å ha effekt. Forventet nytte av helsehjelpen skal vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan gi økt sannsynlighet for: overlevelse eller redusert funksjonstap, fysisk eller psykisk funksjonsforbedring, reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag¹⁷. Kravet til kunnskapsbasert praksis innebærer at det må foreligge tilstrekkelig vitenskapelig eller annen kunnskapsbasert dokumentasjon om at en pasients tilstand kan forbedres som følge av helsehjelpen eller at forverrelse av helsetilstanden kan forebygges. Kravet til tilstrekkelig dokumentasjon innebærer at pasienten ikke vil ha rett til utprøvende behandling (se nærmere under punkt 7).

Den forventede ressursbruken må videre stå i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen.¹⁸ Det må dermed foretas en individuell vurdering av pasientens medisinske behov, av den forventede nytten pasienten vil ha av helsehjelpen som tilbys i spesialisthelsetjenesten, og om denne nytten vil stå i rimelig forhold til ressursbruken. Når spesialisthelsetjenesten mottar en henvisning eller det skal gjøres beslutninger om behandling senere i forløpet, vil helsepersonellet vurdere om den offentlige spesialisthelsetjenesten tilbyr helsehjelp som den konkrete pasienten vil kunne ha nytte av.

I enkelte tilfeller vil det kunne være flere metoder gjort tilgjengelig i den offentlige spesialisthelsetjenesten og som kan ivareta pasientens behov på en forsvarlig måte. Dersom minst én av de aktuelle metodene antas å gi pasienten nytte som står i rimelig forhold til ressursbruken, vil inngangsvilkårene for rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten være oppfylt. Hvilken metode pasienten skal tilbys, må vurderes av behandlende helsepersonell. Innholdet i pasientens rettskrav er nærmere omtalt under punkt 6.1.

6. Hva har den enkelte pasient krav på – innholdet i pasientens rettskrav

6.1 Ikke rett til en bestemt metode

Selv om pasienten har rettskrav på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, har ikke pasienten rett til en bestemt metode. Det er behandlende helsepersonell som må vurdere hvilke metoder pasienten skal tilbys etter en individuell vurdering av pasienten.

Retten til nødvendig helsehjelp gjelder «de tjenestene som spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å yte og finansiere».¹⁹ Dette er de metodene som de regionale

¹⁷ Prioriteringsforskriften § 2 første ledd bokstav a

¹⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd første punktum.

¹⁹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 tredje ledd.

helseforetakene har besluttet å tilby som etablert behandling, og som dermed inngår i utvalget av tilbud som den offentlige spesialisthelsetjenesten har til disposisjon.

Når helsepersonellet vurderer hvilken helsehjelp som den enkelte pasienten skal tilbys, skal helsepersonellet derfor legge til grunn de metodene som er gjort tilgjengelige i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Enhver metode som er gjort tilgjengelig i den offentlige spesialisthelsetjenesten for pasientens medisinske indikasjon og som etter en medisinsk vurdering anses å være et forsvarlig behandlingstilbud til den enkelte pasient, vil ivareta pasientens rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Dersom det i den offentlige spesialisthelsetjenesten er gjort tilgjengelig²⁰ flere metoder som må anses å oppfylle pasientens rettskrav på forsvarlig helsehjelp, vil pasientens *rettskrav* ivaretas ved at pasienten tilbys en av de tilgjengelige og forsvarlige metodene. Helsepersonellet valg av hvilke metoder som skal tilbys pasienten, skal baseres på en medisinsk vurdering i tråd med prioriteringskriteriene.

Peder har helsetilstanden X. Legemidlene A og B tilbys i den offentlige spesialisthelsetjenesten for behandling av helsetilstand X. Behandling med legemiddel A koster 10 000 kr per måned og behandling med legemiddel B koster 50 000 kr per måned. Behandling med hver av disse legemidlene anses som forsvarlig behandling av helsetilstand X. I dette tilfellet vil Peders rettskrav på forsvarlig helsehjelp kunne ivaretas ved legemiddelet som legger beslag på minst ressurser, det vil si legemiddel A. Dersom legen vurderer at Peder vil ha mer nytte av legemiddel B og at nytten forventes å stå i forhold til den økte ressursbruken, vil legen imidlertid kunne tilby Peder legemiddelet B.

Hva den enkelte pasient skal tilbys over denne nedre grensen for forsvarlig helsehjelp (forsvarlighetsgrensen), må behandlende helsepersonell vurdere med utgangspunkt i det tilgjengelige tilbudet i den offentlige spesialisthelsetjenesten og i samsvar med prioriteringskriteriene. Det siste vil si at pasientens forventede nytte av metoden må stå i forhold til den forventede ressursbruken.

Behandlende helsepersonell kan derfor først tilby den metoden som antas å ivareta pasientens behov på forsvarlig måte og som er minst ressurskrevende. Dersom den minst ressurskrevende metoden ikke har den forventede nytten for pasienten, vil helsepersonellet vurdere om det er andre metoder tilgjengelig i den offentlige

²⁰ Med gjort tilgjengelig menes at metodene som er etablert og finansiert i den offentlige spesialisthelsetjenesten for den aktuelle pasientens helsetilstand (medisinske indikasjon).

spesialisthelsetjenesten som pasienten antas å ha nytte av og hvor det antas at nytten vil stå i forhold til den forventede ressursbruken.

Behandlende helsepersonell kan også velge å tilby en mer ressurskrevende metode med en gang, gitt at den forventede større nytte av denne metode står i rimelig forhold til den økte ressursbruken.

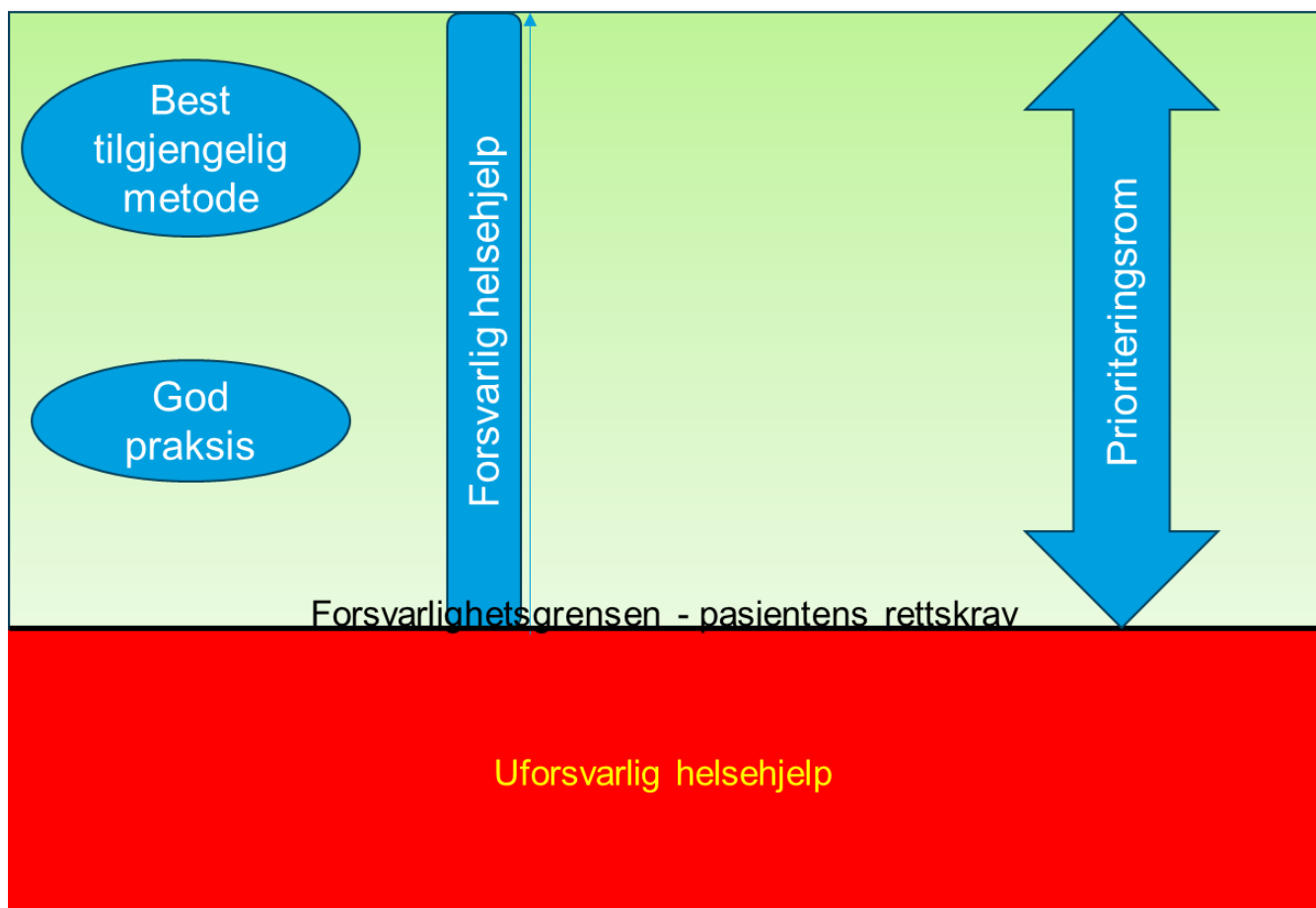
Det er viktig å understreke at pasienter har rett til å medvirke i valget av metode.²¹ Rett til medvirkning begrenser seg likevel til valg av metoder som er forsvarlige og tilgjengelige i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

6.2 Rett til helsehjelp med en forsvarlig standard

Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjeneste har som omtalt over krav på forsvarlig helsehjelp. Dette innebærer at helsehjelpen må ytes på en forsvarlig måte og den må tilbys innen forsvarlig tid. Forsvarlig helsehjelp omfatter dermed også andre aspekter ved helsehjelpen enn metoden som tilbys. Retten til «nødvendig helsehjelp» tolkes også slik at den gir rett til helsehjelp som oppfyller en forsvarlig minstestandard. Vurderingen av hva som vil være forsvarlig helsehjelp for den enkelte, vil bygge på en individuell medisinskfaglig vurdering av pasientens behov.

Hva som er faglig forsvarlig helsehjelp for en konkret medisinsk indikasjon, vil kunne omfatte et stort spenn av metoder; fra metoder som kun ivaretar minstestandarden for forsvarlig helsehjelp til den beste metoden som er tilgjengelig. Helsehjelp som ligger under den forsvarlige minstestandarden, ofte omtalt som forsvarlighetsgrensen, vil være uforsvarlig. Pasientens *rettskrav* er knyttet til den forsvarlige minstestandarden (forsvarlighetsgrensen). Det betyr at det kan oppstå situasjoner hvor helsehjelpen oppfyller pasientens rettskrav på forsvarlig helsehjelp, men likevel ikke er i tråd med god praksis. Dette kan illustreres slik:

²¹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1



Nye metoder vil vanligvis plassere seg i området fra god praksis og oppover i figuren. Det understrekes at målsettingen for den offentlige spesialisthelsetjenesten er å tilby befolkningen et tjenestetilbud av best mulig kvalitet innenfor dagens kunnskap og de ressursrammene som er tilgjengelige. I utgangspunktet tilbys pasienter i den norske spesialisthelsetjenesten derfor helsehjelp godt over forsvarlighetsgrensen.

Dersom spesialisthelsetjenesten tilbyr helsehjelp som ikke kan anses som forsvarlig, vil det foreligge et brudd på pasientens rett til nødvendig helsehjelp. Forsvarlighetskravet er dermed avgjørende for å vurdere om pasienten får oppfylt sitt rettskrav på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Vurderingen av om pasienten har mottatt forsvarlig helsehjelp knytter seg til den helsehjelpen som den enkelte pasienten faktisk har blitt tilbudt. Det at det er utviklet nye metoder som forventes å ha bedre effekt for den aktuelle pasienten, er ikke i seg selv nok til å fastslå at pasienten ikke får forsvarlig helsehjelp.

Kravet til forsvarlighet er en rettslig standard. Kravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, som for eksempel kan komme til uttrykk i faglitteratur, nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer mv.

Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg også i takt med utviklingen av fagkunnskap, tilgjengelige ressurser og endringer i verdioppfatninger. Det er lagt til grunn i forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven at forsvarlighetsnormen også inkluderer at tjenestene følger med i den faglige utviklingen, og dermed at dersom tjenestene ikke har tatt i bruk nye anerkjente metoder eller teknologi etter omstendighetene *kan* innebære brudd på forsvarlighetsnormen.²² Det er imidlertid ikke et krav om at man skal gjøre alt som er mulig for pasienten, for eksempel ved å ta alle tilgjengelige ressurser i bruk.²³

Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere fra Helsedirektoratet vil, der de foreligger, være beslutningsstøtte i behandlende helsepersonells vurdering av hva som er forsvarlig helsehjelp for den aktuelle helsetilstanden. Som omtalt under punkt 6.1 vil retten til nødvendig helsehjelp knytte seg «de tjenestene som spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å yte og finansiere». Dette er de metodene som de regionale helseforetakene har besluttet å finansiere og som dermed inngår i utvalget av tilbud som den offentlige spesialisthelsetjenesten har til disposisjon. Dette tilbudet vil i utgangspunktet være i samsvar med hva som anses å være god praksis internasjonalt, og forventes å ligge over hva som er å anse som den forsvarlige minstestandarden som er kjernen i pasientens rettskrav.

Marte har helsetilstand Y. To legemidler C og D har fått markedsføringstillatelse for behandling av helsetilstand Y. Behandling med hver av disse legemidlene anses som forsvarlig behandling av helsetilstanden Y (ligger over forsvarlighetsgrensen). Legemiddelet D er mer effektiv enn C, men tilbys ikke i den offentlige spesialisthelsetjenesten fordi det er vurdert at nytten av å erstatte legemiddelet C med legemiddelet D ikke står i rimelig forhold til den økte ressursbruken av et slikt skifte. Selv om legemiddelet D er mer effektiv enn legemiddelet C, vil behandling med legemiddelet C være faglig forsvarlig. Behandlingen med legemiddelet C vil dermed oppfylle Martes rett til nødvendig helsehjelp.

Det må skilles mellom hva som anses som det beste behandlingstilbudet for den aktuelle helsetilstanden og hva som er å anse som den forsvarlige minstestandarden. Spørsmålet om hva som oppfyller den forsvarlige minstestandarden, vil kunne komme på spissen i situasjoner hvor metoden som er gjort tilgjengelig i den offentlige spesialisthelsetjenesten ikke vil kunne kurere pasientens sykdom, men vil virke lindrende, dempe symptomer og/eller bidra til å forsinke sykdomsforløpet – når det er kommet en ny metode, for eksempel et nytt legemiddel, som vil gi årsaksrettet

²² Ot. Prp. nr. 10 (1998-1999) side 36 og 37.

²³ Prop. 91 L (2010-2011) side 104

behandling med mulig bedre effekt på pasientens helsetilstand som ikke gjøres tilgjengelig i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Dersom det kommer en ny metode på markedet som vil gi årsaksrettet behandling med tydelig bedre effekt på pasientens tilstand, innebærer det likevel ikke at det behandlingstilbudet man har hatt til denne helsetilstanden, for eksempel symptomatisk behandling, ikke lenger vil ivareta den forsvarlige minstestandarden som den enkelte pasient har et rettskrav på.

Ivar har i mange år hatt en revmatologisk sykdom med mye smerter fra skjelett, særlig fra større ledd og rygg. Han har vært behandlet med legemidler rettet mot sykdommen, smertestillende legemidler og fysioterapi. Dette er ansett som forsvarlig helsehjelp, og har hjulpet ham med å opprettholde et visst funksjonsnivå og redusert smertenivået. En ny behandlingsmetode, basert på et legemiddel som virker mer direkte mot den grunnleggende sykdomsmekanisme, kommer på markedet og tilbys i enkelte andre europeiske land, men er så langt ikke gjort tilgjengelig i den offentlige spesialisthelsetjenesten i Norge. Selv om denne nye metoden kan vise bedre effekt for pasienter med denne helsetilstanden, anses ikke Ivars eksisterende behandlingstilbud som uforsvarlig og oppfyller dermed Ivars rettskrav på forsvarlig helsehjelp.

I vurderingen av hva som må anses som forsvarlig helsehjelp vil det også kunne ses hen til hva som internasjonalt er vurdert som forsvarlig praksis for den konkrete helsetilstanden. Et utgangspunkt for denne vurderingen vil være hva som er praksis eller etablert behandling for å behandle den aktuelle helsetilstanden i andre land.

Det er viktig å understreke at om en metode er gjort tilgjengelig på markedet internasjonalt (fått markedsføringstillatelse), vil det ikke innebære at metoden kan anses å være etablert som behandling i andre land. For at en metode skal anses som etablert behandling, må det ses hen til i hvilken grad metoden faktisk er tatt i bruk for pasienter med den aktuelle helsetilstanden. Med andre ord om metoden inngår i det ordinære tjenestetilbudet og er gjort generelt tilgjengelig for pasienter med den aktuelle helsetilstanden. Dersom metoden kun tilbys pasienter i kliniske studier eller via særskilte private forsikringer eller tilleggsforsikringer, vil den ikke i denne forbindelsen kunne anses som en etablert behandling.

Det finnes ulike regionale, nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer (ofte kalt guidelines) for spesifikke tilstander, ofte utarbeidet av fagmedisinske foreninger. Internasjonale faglige retningslinjer oppdateres regelmessig i tråd med ny kunnskap, og vil ofte komme med anbefalinger på bakgrunn av gradering av

kunnskapsgrunnlaget (evidensnivå²⁴). Det er viktig å understreke at disse retningslinjene ikke nødvendigvis hensyntar ressursbruken, men effekt (nytte) og studiestørrelse/-kvalitet. Det betyr at det kan være legemidler som har høy anbefalingsgrad i internasjonale faglige retningslinjer som likevel ikke er gjort generelt tilgjengelige for alle pasienter med den aktuelle helsetilstanden i det aktuelle landet.

Det vil videre ikke være tilstrekkelig at den nye metoden internasjonalt kan anses som etablert behandling for pasienter med den aktuelle helsetilstanden. I tillegg må de behandlingsmetodene som er tilgjengelige for den aktuelle helsetilstanden i den norske offentlige spesialisthelsetjenesten ikke lenger anses som forsvarlig å tilby for den aktuelle helsetilstanden internasjonalt.

Fire år etter at Kari avsluttet kreftbehandling som var gitt med målsetting om helbredelse, får hun tilbakefall med svulster flere steder i kroppen. Helbredelse er ikke mulig. I tre år får Kari ulike behandlinger som har midlertidig effekt, reduserer smerter og andre plager, forsinker utviklingen av kreftsykdommen og som gjennom det forlenger livet. Men så konkluderer behandlende lege med at det ikke finnes andre tilgjengelig behandlinger som vil ha god effekt på selve kreftsykdommen. Kari har lest om et nytt legemiddel som enkelte land tilbyr pasienter med samme helsetilstand. Kari hevder at hun har krav på legemiddelet finansiert av det offentlig, da det er hennes eneste håp for et forlenget liv. Legemiddelet er imidlertid ikke gjort tilgjengelig i den offentlige spesialisthelsetjenesten i Norge. Kari får tilbud om palliativ behandling som anses å være forsvarlig behandling av helsetilstanden, og dermed vil oppfylle hennes rettskrav på nødvendig helsehjelp.

Departementet antar at det derfor kun i enkelte unntakstilfeller vil kunne oppstå en situasjon der det ikke finnes helsehjelp tilgjengelig i den offentlige spesialisthelsetjenesten som vil oppfylle pasientens rettskrav på forsvarlig helsehjelp. I slike tilfeller vil det vurderes om pasienten skal henvises til helsehjelp i utlandet.²⁵ Et eksempel på dette er svært komplisert kirurgi som ikke utføres i Norge på grunn av manglende pasientgrunnlag, kompetanse og/eller særlig kostbar infrastruktur.

6.3 Klageadgangen

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 at en pasient eller pasientens representant kan klage til statsforvalteren dersom de mener at retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ikke er oppfylt.

²⁴ Evidensnivå er en gradering av kunnskapsgrunnlaget

²⁵ Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 a andre ledd bokstav a

Det er en forutsetning for å oppfylle pasientens rett til nødvendig helsehjelp at beslutningene som tas i pasientforløpet er individuelle og forsvarlige. Dette innebærer at behandlende helsepersonell må foreta en individuell og konkret vurdering av pasientens helsetilstand og tilby helsehjelp som er tilpasset den enkeltes behov. Plikten til individuell vurdering inntreffer ved viktige beslutninger i pasientforløpet og vil være sentrale dersom pasienten benytter adgangen til å klage.

Helsehjelpen som tilbys pasienten må videre være forsvarlig. Det vises til nærmere omtale av dette under punkt 6.2. Når tilsynsmyndighetene eller domstolene skal ta stilling til om pasienten faktisk har fått forsvarlig helsehjelp, må vurderingen ta utgangspunkt i den helsehjelpen som rent faktisk er tilbudt pasienten av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Dersom konklusjonen er at helsehjelpen ikke har vært forsvarlig, vil det i utgangspunktet være opp til spesialisthelsetjenesten å vurdere hvilken annen helsehjelp som da må tilbys for å sikre forsvarlig helsehjelp. Verken tilsynsmyndighetene eller domstolene kan overta behandlingsansvaret for pasienten og vurdere hvilken konkret helsehjelp som må tilbys pasienten for å overholde forsvarlighetskravet. I møte med enkeltpasienter må disse vurderinger gjøres av det behandlende helsepersonell.

7 Nærmere om kravet til dokumentert nytte

Det er et vilkår for å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten at pasienten forventes å ha nytte av helsehjelpen²⁶. Dette innebærer at det må være dokumentert og sannsynliggjort at helsehjelpen vil ha en viss effekt. Forventet nytte av helsehjelpen skal vurderes ut fra om tilstrekkelig vitenskapelig eller annen forskningsbasert dokumentasjon tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for: overlevelse eller redusert funksjonstap, fysisk eller psykisk funksjonsforbedring, reduksjon av smerter, og/eller reduksjon av fysisk eller psykisk ubehag²⁷. Det betyr at det må foreligge dokumentasjon for at pasientens tilstand kan forbedres som følge av helsehjelpen eller at fremtidig sykdom eller forverring av helsetilstanden kan forebygges.

Dokumentasjonskravet gjelder også for persontilpasset medisin, som er en tilnærming hvor valget av behandling og forebygging skreddersys for små pasientgrupper eller enkeltindivider basert på biologiske særtrekk, livsstil og miljøfaktorer. Selv om persontilpasset medisin kan tilby mer treffsikre behandlingsalternativer med færre bivirkninger, er dokumentasjonen ofte svakere enn for tradisjonelle behandlinger på grunn av små studiepopulasjoner. Persontilpasset medisin kan være en del av etablerte behandlingsforløp, men kan også være utprøvende behandling dersom effekt, risiko og bivirkninger ikke er

²⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2

²⁷ Prioriteringsforskriften § 2 første ledd bokstav a

tilstrekkelig dokumentert. Innføringen av persontilpasset medisin i tjenesten skal skje i samsvar med gjeldende prioriteringskriterier og det øvrige regelverket for nødvendig helsehjelp.

I medisin og helsefag er det vanlig å rangere kvaliteten i kunnskapsgrunnlaget etter kilde.²⁸ I en metodevurdering i systemet for Nye metoder vil det også gjøres en vurdering av kvaliteten i dokumentasjonen som foreligger.

Pasienter har ikke rettskrav på helsehjelp hvor nytten av helsehjelpen ikke er tilstrekkelig dokumentert. Dette vil være tilfellet ved utprøvende behandling.

Etablert behandling vil være behandling hvor nytten er veldokumentert. Begrepet utprøvende behandling er definert som «all behandling der effekt, risiko og bivirkninger ikke er tilstrekkelig dokumentert til at behandlingen kan inngå i det ordinære behandlingstilbudet. Det betyr at utprøvende behandling dekker både behandling som prøves ut i kliniske studier og behandling som gis utenfor kliniske studier.»²⁹

Det sentrale vurderingstemaet i spørsmålet om noe er utprøvende eller etablert behandling vil være graden av vitenskapelig dokumentasjon. Vurderingen av om helsehjelpen er å anse som utprøvende eller etablert behandling, må gjøres konkret.
30

Hvordan utprøvende behandling tilbys og følges opp i tjenesten er beskrevet i nasjonal veileder for utprøvende behandling utgitt av Helsedirektoratet. De regionale helseforetakene har utarbeidet et rammeverk for legemiddelbehandling utenfor godkjent indikasjon³¹ i spesialisthelsetjenesten, som blant annet omtaler skillet mellom etablert og utprøvende behandling.³²

8 Hvilken dokumentasjon kan vektlegges i vurderingen av nytte?

Behandlende helsepersonell må vurdere oppfølgingen av pasienten med utgangspunkt i den informasjonen som er tilgjengelig. Dette omfatter også informasjon fra privatfinansiert utredning eller behandling. All relevant dokumentasjon, uavhengig av hvordan den er innhentet eller hvor den kommer fra, kan brukes av behandlende helsepersonell. Behandlende helsepersonell må imidlertid vurdere hvilken vekt den tilgjengelige informasjonen skal gis.

²⁸ Rapport: Ekspertgruppen om tilgang og prioritering (regjeringen.no) tabell 1 s. 19

²⁹ Se Utprøvende behandling – nasjonale prinsipper: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utprovende-behandling/om-utprovende-behandling>

³¹ Indikasjon vil være den helsetilstanden som legemiddelet er godkjent for.

³² <https://www.nyemetoder.no/492761/siteassets/documents/om-systemet/rammeverk-for-legemiddelbehandling-utenfor-godkjent-indikasjon-i-spesialisthelsen---2022-002.pdf>

Kvaliteten på informasjonen vil ofte være avgjørende for hvilken vekt informasjon bør gis og hvilken betydning informasjonen bør gis i det videre pasientforløpet. Påstander om kliniske resultater må kunne understøttes av tilstrekkelig vitenskapelig dokumentasjon. Dersom behandlende helsepersonell for eksempel ikke vurderer kvaliteten på en utredning fra en privat aktør som tilstrekkelig god som grunnlag for en beslutning, kan vedkommende igangsette en alternativ utredning i det offentlige.

Som omtalt under punkt 6.1 vil pasienten som det helt klare utgangspunktet ikke ha rettskrav på en bestemt metode. Pasienten skal tilbys forsvarlig helsehjelp. Hva som ligger i dette rettskravet, er nærmere forklart under punkt 6.2. Det er behandlende helsepersonell som vurderer hva pasienten skal tilbys av de metodene som er gjort tilgjengelig i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Dokumentasjon av nytte fra helsehjelp som er finansiert privat gir ikke et selvstendig grunnlag for å videreføre helsehjelpen i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder selv om det foreligger dokumentasjon på at pasienten har hatt nytte av den påbegynte helsehjelpen. Det vises til omtalen av innholdet i pasientens rettskrav under punkt 6.

Behandlende helsepersonell i den offentlige spesialisthelsetjenesten vil heller ikke ha handlingsrom til å videreføre helsehjelp påbegynt i det private, dersom helsehjelpen består av metoder som ikke er gjort tilgjengelig i den offentlige spesialisthelsetjenesten for pasientens helsetilstand. Dette gjelder selv om pasienten kan dokumentere at metoden har hatt effekt. Unntaket vil være dersom det søkes om og gis tilgang til metoden i den nye ordningen for individuell tilgang i Nye metoder.³³

9. Ekspertpanelet

Ekspertpanelet er en nasjonal ordning som er etablert av de regionale helseforetakene på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Ekspertpanelet gir individuelle medisinskfaglige vurderinger om behandlingsalternativer i enkeltsaker for pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom. Det er behandlende lege/helseforetak som i samråd med pasienten beslutter å sende en henvendelse til Ekspertpanelet.

Ekspertpanelet vurderer om det foreligger adekvat etablert behandling eller kliniske studier i Norge eller utlandet som ikke har vært prøvd ut og som kan være aktuell for pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom. Ekspertpanelet kan også gi råd om utprøvende behandling utenfor studier eller udokumentert behandling som pasienten selv har innhentet informasjon om.

Ekspertpanelet har ikke et behandlingsansvar for pasienten og uttalelsene fra Ekspertpanelet er kun rådgivende. Når Ekspertpanelet har kommet med et råd

³³ [Tilgangsordningen - Nye metoder](#)

sendes det til pasientens behandlende lege. Det er opp til behandlende lege/helseforetak i samråd med pasienten å vurdere om behandlingsrådet skal følges opp.

Som det framgår under punkt 6.1, har ikke pasienten rettskrav på en bestemt metode. Pasienten har rett til å få forsvarlig helsehjelp. Dersom behandlende lege tilbyr en annen oppfølging enn det som Ekspertpanelet har gitt råd om, er det ikke slik at den oppfølgingen behandlende lege tilbyr pasienten ikke vil være forsvarlig. Det vises her til omtalen av forsvarlighetskravet i punkt 6.2.

Det har vært reist spørsmål om Ekspertpanelet yter helsehjelp. Ekspertpanelet har som nevnt over fått i mandat å gi medisinskfaglige vurderinger om mulige behandlingsalternativer for pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom. De medisinskfaglige vurderinger er individrettet og basert på helseopplysninger knyttet til pasienten som er gjort tilgjengelig for helsepersonellet tilknyttet Ekspertpanelet etter samtykke fra pasienten. Dette er å anse som helsehjelp.

Det følger av helsepersonelloven at den som yter helsehjelp har plikt til å føre journal.³⁴ Vurderingene og rådene fra Ekspertpanelet må dermed journalføres.

Plikten til forsvarlig yrkesutøvelse etter helsepersonelloven³⁵ vil også gjelde når helsepersonell tilknyttet Ekspertpanelet gir råd om mulige behandlingsalternativer. Ekspertpanelets plikt til forsvarlig yrkesutøvelse vil begrense seg til den medisinske rådgivningen.

Rådgivningen foretas på grunnlag av informasjonen om pasienten som Ekspertpanelet har mottatt i oversendelse fra behandlende lege/helseforetak. Ansvaret for å sørge for at helsepersonellet tilknyttet Ekspertpanelet gis tilgang til all relevant og nødvendig informasjon vil ligge hos behandlende lege/helseforetak. Etter departementets vurdering er det kun i de tilfellene det foreligger åpenbare mangler eller feil i dokumentasjonsgrunnlaget at helsepersonellet tilknyttet Ekspertpanelet må anses å ha en plikt til å etterspørre ytterligere dokumentasjon.

Helsepersonell er pålagt taushetsplikt.³⁶ Taushetsplikten innebærer at helsepersonellet både har en plikt til å tie selv og til aktivt å hindre at uvedkommende får tilgang til opplysninger som de har blitt kjent med i egenskap av å være helsepersonell. Dette innebærer at helsepersonellet i Ekspertpanelet må håndtere og oppbevare de mottatte taushetsbelagte opplysninger på en forsvarlig måte.

³⁴ Helsepersonelloven § 39

³⁵ Helsepersonelloven § 4

³⁶ Helsepersonelloven § 21

Utvekslingen av helseopplysninger til helsepersonellet tilknyttet Ekspertpanelet er basert på samtykke fra pasienten. Det følger av helsepersonelloven³⁷ at taushetsplikt ikke er til hinder for at opplysningene gjøres tilgjengelig for andre dersom pasienten samtykker.

Med hilsen

Elisabeth Salvesen (e.f.)
ekspedisjonssjef

Atle Gøhtesen
avdelingsdirektør

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer

³⁷ Helsepersonelloven § 22

Vedlegg

Forholdet til internasjonale menneskerettigheter

Norge er folkerettslig forpliktet til å respektere, beskytte og oppfylle menneskerettighetene. Disse forpliktelsene følger blant annet av Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK)¹, FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), barnekonvensjonen (BK), FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), kvinnekonvensjonen (CEDAW), rasediskrimineringskonvensjonen, Sosialpakten (rev. 1996), Biomedisinkonvensjonen og flere ILO-konvensjoner m.m.

De viktigste internasjonale menneskerettslige forpliktelsene knyttet til problemstillingene som omtales i dette rundskrivet er retten til helse, uten diskriminering, etter ØSK artikkel 12 jf. artikkel 2 nr. 2, barnekonvensjonen artikkel 24 jf. artikkel 2, kvinnekonvensjonen artikkel 12 jf. artikkel 2 og CRPD artikkel 25 jf. artikkel 5.

EMK har ingen særskilt regulering av individets rett til helsetjenester, men Den europeiske menneskerettighetsdomstolens (EMD) praksis viser at artikkel 2, 3 og 8 under visse omstendighetene kan omfatte borgernes rett til helsetjenester. Disse forpliktelsene legger føringer på helsepolitikken og krever at helsetjenesten tilbyr tjenester av høy kvalitet, tilgjengelig for alle, og uten diskriminering.

Departementets vurdering er at norsk helselovgivning ivaretar borgernes rett til nødvendig helsehjelp på en måte som er i tråd med menneskerettighetene. Nedenfor følger en kort gjennomgang av denne vurderingen.

Statens ansvar for helse kan deles inn i tre hovedkategorier:

1. **Plikten til å respektere** – Staten skal avstå fra handlinger som påvirker individers helse negativt.
2. **Plikten til å beskytte** – Staten skal forhindre at tredjepart påfører individer helsetap, blant annet gjennom tiltak mot diskriminering.

¹ Europarådets konvensjon 4. november 1950 om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter (EMK), De forente nasjoners internasjonale konvensjon 16. desember 1966 om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK)

¹ De forente nasjoners konvensjon 20. november 1989 om barnets rettigheter (Barnekonvensjon)

¹ De forente nasjoners konvensjon 18. desember 1979 om kvinners rettigheter (kvinnekonvensjon), Den europeiske sosialpakt (revidert) (Sosialpakten) 3. mai 1996, Europarådets konvensjon 4. april 1997 om beskyttelse av menneskerettighetene og menneskets verdighet i forbindelse med anvendelse av biologi og medisin (biomedisinkonvensjon) De forente nasjoners konvensjon 13. desember 2006 om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD), De forente nasjoners konvensjon 21. desember 1965 mot rasediskriminering (CERD).

3. **Plikten til å oppfylle** – Staten skal aktivt gjennomføre nødvendige tiltak, som å vedta lovgivning og allokere tilstrekkelig med ressurser, for å gjøre helse til en tilgjengelig og reell rettighet for alle.

ØSK-komiteens tolkning definerer retten til helse som krav om et tilgjengelig, akseptabelt og kvalitetsmessig godt helsetilbud. Helsetjenester skal være økonomisk og fysisk tilgjengelige for alle og tilpasses kulturelle, kjønns- og aldersspesifikke behov.² FNs spesialrapportør for helse har uttalt at retten til helse skal forstås som retten til et effektivt, integrert og tilgjengelig helsesystem som omfatter både tilgang til helsetjenester til alle, og underliggende faktorer for helse.³

Statene har betydelig skjønn når det gjelder ressursfordeling og har et bredt handlingsrom for å oppfylle menneskerettighetene, så lenge politikken er innenfor diskrimineringsvernets grenser. Dette handlingsrommet reflekteres tydelig i praksis fra Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD), som understreker at nasjonale myndigheter har best forutsetninger for å vurdere helseprioriteringer basert på ressursbruk og samfunnsbehov.⁴ Statens valg respekteres av EMD så lenge beslutningene ikke åpenbart mangler et rimelig grunnlag («manifestly without reasonable foundation»)⁵.

På samme måte har FNs spesialrapportør for helse fremhevet at menneskerettighetene ikke gir klare svar på dilemmaer knyttet til ressursfordeling, men krever at beslutninger om helsetjenester tas gjennom rettferdige og åpne prosesser.⁶

Staten er ikke forpliktet til å tilby alle former for helsetjenester, men det forventes et minimumstilbud som er tilgjengelig for alle uten diskriminering, av god kvalitet, vitenskapelig fundert, og tilpasset pasientens medisinske, kulturelle og økonomiske behov.

Organiseringen av spesialisthelsetjenesten med tydelig ansvarsfordeling, lovfestede rettigheter og prioriteringskriterier er eksempler på statlige tiltak for å sikre helsetjenester av god kvalitet. Dette ivaretar en forsvarlig minstestandard og legger til rette for åpenhet rundt prioriteringer i helsetjenesten. Lovfestede prioriteringskriterier gir borgerne ikke bare innsikt i grunnlaget for helsetilbudet, men bidrar også til

² Se generell kommentar nr. 14 om høyest mulig oppnåelig helsestandard. Tilgjengelig her: [E.C.12.2000.4-EN.pdf](#)

³ A/HRC/7/11(2008): [Human Rights Documents \(ohchr.org\)](#)

⁴ Se f.eks. Thörn v. Sweden, Hristozov and others v. Bulgaria, Jivan v. Romania, Vavříčka and others v. The Czech Republic, Sentges v. The Netherlands, Pentiocova and others v. Moldova som alle gjaldt helse- og omsorgstjenester. Liknende forståelse er lagt til grunn av ØSK-komiteen, se komiteens generelle kommentarer til art. 12, avsnitt 52 hvor et av eksemplene er feilallokering av ressurser.

⁵ Se Thörn v. Sweden, avsnitt 46 med referanser til tidligere avgjørelser.

⁶ Se Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt, avsnitt 63 og 64. Tilgjengelig her: [Human Rights Documents \(ohchr.org\)](#)

rettferdig og kunnskapsbasert ressursbruk, slik at helsehjelpen når flest mulig og oppnår størst mulig helsegevinst.

Helselovgivningen, som gir pasienter rett til individuell vurdering og tilpassede tjenester, understøtter disse målene. Uten klare prioriteringsregler risikerer man ulikheter mellom pasientgrupper og tilfeldig tilgang til helsehjelp.

Selv om prioriteringskriteriene er utformet uten hensyn til kjønn, alder eller funksjonsnedsettelse, kan det likevel oppstå forskjeller som indirekte favoriserer visse grupper eller individer. Diskrimineringsvernet i menneskerettslig forstand gjelder forskjellsbehandling som direkte eller indirekte har sammenheng med diskrimineringsgrunnlag som alder, kjønn og funksjonsnedsettelse. For å ikke være diskriminerende må forskjellsbehandlingen ha et saklig formål, være nødvendig for å oppnå formålet og ikke være uforholdsmessig inngripende overfor den eller de som forskjellsbehandles.

EMD har uttrykt at statens skjønnsmargin kan være snevrere når begrensninger i grunnleggende rettigheter særlig rammer sårbare grupper i samfunnet som tidligere har opplevd betydelig diskriminering, som personer med funksjonsnedsettelse eller eldre personer med omsorgsbehov. Barn har en særstilling og skal gis prioritet.⁷ I visse tilfeller vil en positiv forskjellsbehandling av barn sammenlignet med andre pasientgrupper for å sikre at deres rettigheter og velferd, anses som menneskerettslig forsvarlig.

I norsk helsetjeneste er det bestemt at tre kriterier – nytte, ressursbruk og alvorlighet – skal styre prioriteringene. Stortinget har sluttet seg til at alder ikke skal være et selvstendig prioriteringskriterium. Likevel gir bruken av "absolutt prognosetap" ved vurdering av alvorlighet, barn en svært høy prioritet, da dette kriteriet vektlegger tap av kvalitetsjusterte leveår. Sykdommer som rammer yngre aldersgrupper fører ofte til større tap av framtidige gode leveår, noe som medfører høyere alvorlighetsgrad. Dette betyr ikke at eldre pasienter nedprioriteres, men at sykdommer som fratar pasienter mange framtidige leveår vurderes som mer alvorlige.

Absolutt prognosetap har også en indirekte sammenheng med nyttekriteriet, da behandling av barn ofte gir en betydelig gevinst gjennom mange gode leveår. Dette er tydelig i eksempler som innføring av Spinraza for behandling av spinal muskelatrofi (SMA) og kostbar behandling av cystisk fibrose. I begge tilfeller har høy alvorlighet og betydelig forventet nytte, særlig ved tidlig behandling, ført til en prioritering av barn, uten at alder i seg selv er brukt som et selvstendig kriterium.

Slike politiske prioriteringer vil som hovedregel ikke komme i konflikt med det menneskerettslige diskrimineringsvernet. Selv om handlingsrommet er snevrere for

⁷ Se eksempelvis FNs barnekomite sin generelle kommentar nr. 15 (2013) om barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandarden (art. 24). Tilgjengelig her: [United Nations \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)

sårbare grupper, kan prioriteringene være innenfor menneskerettighetene. For eksempel, dersom en person nektes behandling kun på grunn av alder, kan dette være diskriminerende. Dersom forskjellsbehandlingen derimot bygger på nytte, effekt eller andre nøye avveide kriterier, vil den som regel oppfylle kravene til saklighet, nødvendighet og forholdsmessighet.