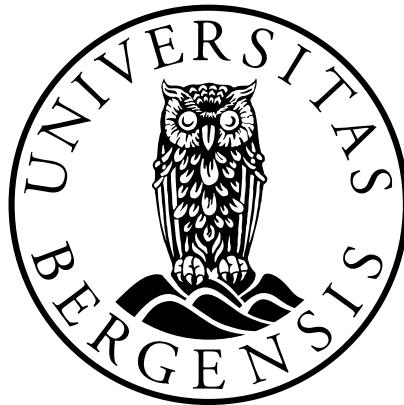


Rusavhengige sitt diskrimineringsvern i lys av menneskerettane

*Med fokus på forskjellsbehandling innan
helsetenester*

Kandidatnummer: 66

Tal ord: 14 749



JUS399 Masteroppgåve
Det juridiske fakultet

UNIVERSITETET I BERGEN

10.mai 2023

Innhald

| | |
|--|----|
| Innhald..... | 2 |
| 1 Innleiing | 4 |
| 1.1 Tema og problemstilling | 4 |
| 1.1.1 Aktualitet..... | 5 |
| 1.2 Omgrepsavklaring | 6 |
| 1.2.1 Rusavhengigheit | 6 |
| 1.2.2 Funksjonsnedsetting | 7 |
| 1.2.3 Diskriminering | 7 |
| 1.2.4 Diskrimineringsvern og diskrimineringsgrunnlag | 11 |
| 1.3 Avgrensing og vidare framstilling..... | 12 |
| 2 Metode og rettskjelder..... | 14 |
| 2.1 Grunnlova og menneskerettskonvensjonane | 14 |
| 2.1.1 Forrang | 14 |
| 2.1.2 Sjølvstendige og aksessoriske diskrimineringsforbod | 14 |
| 2.1.3 Positive og negative plikter | 15 |
| 2.2 Forholdet til ordinær lovgiving | 16 |
| 2.2.1 Likestillings- og diskrimineringslova..... | 16 |
| 2.3 Tolking | 16 |
| 2.3.1 Tekst og førearbeid..... | 17 |
| 2.3.2 Føremål..... | 17 |
| 2.3.3 Praksis | 18 |
| 3 Rusavhengigheit som diskrimineringsgrunnlag | 21 |
| 3.1 Ein gjennomgang av rettskjeldene | 21 |
| 3.1.1 Grunnlova..... | 21 |
| 3.1.2 ØSK og SP | 23 |
| 3.1.3 EMK..... | 24 |
| 3.1.4 Likestillings- og diskrimineringslova..... | 25 |
| 3.1.5 Nærare om omgrepet «funksjonsnedsettelse» i ldl. § 6 | 26 |
| 4 Diskriminering og andre materielle rettar | 29 |
| 4.1 Samanhengen mellom diskrimineringsvernet og retten til helsetenester | 29 |
| 4.1.1 Bakgrunn – rusavhengige meir utsett for sjukdom | 29 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.1.2 | Retten til helsetenester etter ØSK artikkel 12 | 30 |
| 4.1.3 | Rett til helsetenester etter EMK artikkel 8? | 32 |
| 4.1.4 | Mangelfull behandling av rusavhengige | 33 |
| 4.2 | Samanhengen mellom forbudet mot diskriminering og bruk av tvang | 36 |
| 4.2.1 | Bruk av tvang etter EMK artikkel 8 | 36 |
| 4.2.2 | Bruk av tvang i norsk helselovgivning og LAR-forskrifta | 37 |
| 4.2.3 | Situasjonen for rusavhengige under LAR | 38 |
| 5 | Har rusavhengige eit godt nok diskrimineringsvern? | 41 |
| 5.1 | Behovet for diskrimineringsvern..... | 41 |
| 5.1.1 | Negative haldningar til rusavhengige..... | 41 |
| 5.2 | Alternativ til eit sterkare diskrimineringsvern | 43 |
| 5.2.1 | Diskusjonen om samlekategori | 43 |
| 5.2.2 | Rusavhengigheit som eige lovvilkår | 45 |
| 6 | Avslutning | 47 |
| | Kjelderegister | 49 |

1 Innleiing

1.1 Tema og problemstilling

Det overordna temaet for oppgåva er rusavhengige sitt diskrimineringsvern. Den nærare problemstillinga er om rusavhengige har eit godt nok vern mot diskriminering i lys av menneskerettskonvensjonar som Noreg har forplikta seg til. For å svare på dette, vil oppgåva sjå nærare på det diskrimineringsvernet som er oppstilt i lov 16. juni 2017 nr. 51 om likestilling og forbod mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringslova - ldl.) § 6, Grunnlova (Grl.) § 98, FN sin konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettar (ØSK) artikkel 2 nr. 2, FN sin konvensjon om sivile og politiske rettar (SP) artikkel 2 nr. 1 og 26 og Den Europeiske Menneskerettskonvensjon (EMK) artikkel 14.

Gjennomgangen har som føremål å syne eventuelle likskapar og ulikskapar mellom diskrimineringsvernet i dei ulike rettskjeldene. Dersom det viser seg at ldl. § 6 gir eit svakare vern samanlikna med det Grl. § 98 og diskrimineringsforboda i menneskerettskonvensjonane gjer, tilseier dette eit behov for å bruke sistnemnde rettskjelder som sikkerheitsventilar. Dette er i seg sjølv ikkje problematisk, ettersom både Grl. § 98 og menneskerettskonvensjonane har forrang ved eventuell motstrid.¹ Sett i lys av at diskrimineringsvernet tradisjonelt omfattar sårbare og stigmatiserte grupper, som typisk er blant dei mindre ressurssterke i samfunnet, er det likevel viktig at vegen for å få handheva retten til å ikkje bli diskriminert ikkje blir vanskeleggjort ved at ordinær lovgiving gir utilstrekkeleg vern.

For å kunne seie noko om kor vidt rusavhengige sitt diskrimineringsvern er godt nok, må behovet for eit diskrimineringsvern kartleggast. Med utgangspunkt i materielle menneskerettar, som retten til helsetenester og privatliv, vil oppgåva sjå nærare på forskjellsbehandling rusavhengige opplever i samband med helsetenester, inkludert kontrolltiltak under legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Ein viktig del av oppgåva er å undersøkje kva som er årsaka for forskjellsbehandling av rusavhengige innan helsetenester, ettersom dette har betydning for kva diskrimineringsgrunnlag som kan leggast til grunn. Det må i den samanheng presiserast at det for kvart enkelttilfelle i utgangspunktet må gjerast ei

¹ Jf. Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetene (menneskerettslova) §§ 2 og 3

konkret vurdering av om det ligg føre diskriminering. Det er likevel mogleg å seie noko generelt om kva som verkar å vere årsaka til at rusavhengige blir forskjellsbehandla.

1.1.1 Aktualitet

Hausten 2022 publiserte Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) rapporten «Rus og menneskerettigheter», der dei mellom anna spør kor effektivt dagens diskrimineringsvern for rusavhengige er i praksis. Dei ber styresmaktene om å undersøkje kva faktisk og rettsleg behov det er for eit diskrimineringsvern for personar som brukar rus, og om det bør gjerast endringar i lovgivinga og praksis for å betre ivareta denne gruppa sitt diskrimineringsvern.²

Vi har lite systematisk dokumentasjon på diskriminering av rusavhengige i Noreg. Det er likevel grunn til å tru at dette er ei gruppe personar som ofte blir stigmatisert og utsett for forskjellsbehandling innan fleire ulike samfunnsområde. Vedvarande og problematisk bruk av rusmidlar er generelt sett på som ei utfordring i samfunnet og noko ein ønskjer å redusere. Kriminalisering av bruk av ulovlege rusmidlar bidreg til å forsterke dette inntrykket. Rusavhengige blir ofte sett på som eit samfunnsproblem, som igjen kan føre til stigmatisering, vanskar i helsetenester, samt i sosiale situasjonar som naboskap og arbeidsliv.³ Av den dokumentasjonen som ligg føre, er det mellom anna innan helsetenester at rusavhengige særleg opplever å bli forskjellsbehandla.

Det eksisterer i dag fleire diskrimineringsforbod som har som føremål å verne sårbare grupper i samfunnet som er særleg utsett for forskjellsbehandling. Synet på kven som har behov for eit særskilt vern mot diskriminering kan endre seg over tid, noko som også er grunngevinga for at diskrimineringsforboda i både GrL § 98, ØSK artikkel 2 nr. 2, SP artikkel 2 nr. 1 og 26 og EMK artikkel 14 er gitt opne formuleringar med moglegheit for innfortolking av nye diskrimineringsgrunnlag. Ldl § 6 skil seg frå desse diskrimineringsforboda ved at opplistinga av diskrimineringsgrunnlag er uttømmmande. Føresegna listar heller ikkje opp rusavhengigheit som eit eige diskrimineringsgrunnlag. Ifølgje førearbeida kan rusavhengige likevel ha eit vern gjennom diskrimineringsgrunnlaget «funksjonsnedsettelse» dersom «tilstanden har medført at funksjonsevnen har blitt nedsatt».⁴

² NIM, «Rus og menneskerettigheter», 74

³ Waal et al., «Stigmatisering som problem i rusdebatten», 4

⁴ Prop.81 L (2016-2017), 313

Både Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) og Likestillings- og diskrimineringsombodet (LDO) har sett spørsmålsteikn ved omfanget av diskrimineringsvernet i ldl. § 6 med omsyn til rusavhengige. NIM trekk mellom anna fram situasjonar der det er uklart om lova vernar den aktuelle forskjellsbehandlinga. Det blir uttalt at det kan tenkast tilfelle der det ikkje er naturleg å knytte forskjellsbehandlinga til funksjonsnedsetting, men til fordommar og oppfatningar om rusavhengige. Det blir vist til at dette kan vere tilfelle der rusavhengige blir avvist eller får dårlegare behandling av helsepersonell fordi dei er påverka av rusmidlar, eller blir avvist frå kjøpesenter eller andre offentlege stadar ut frå frykt for at dei vil stele, tigge eller sette sprøyter.⁵ Det synast følgjeleg å vere behov for å sjå nærare på diskrimineringsvernet til rusavhengige.

1.2 Omgrepsavklaring

1.2.1 Rusavhengigheit

Omgrepet rusmidlar omfattar, både etter ei alminneleg og medisinsk forståing, ikkje berre ulovlege rusmiddel som narkotika, men også alkohol og vanedannande legemiddel.⁶ Ettersom mange konsumerer alkohol eller tek vanedannande medisinar utan at det byr på rettslege problemstillingar i høve diskriminering, er det naudsynt med ei presisering av kva gruppe personar oppgåva siktar til.

Folkehelseinstituttet nyttar omgrepet «rusmiddelavhengighet» om den medisinske diagnosen. Ifølgje Folkehelseinstituttet vert rusmiddelavhengigheit kjenneteikna av at «brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet og har vansker med å kontrollere bruken. Brukeren opprettholder bruken til tross for skadelige konsekvenser, og prioriterer rusmiddelinntak foran andre aktiviteter og forpliktelser.»⁷ Det er personar som lid av ei slik avhengigheit som inngår i den gruppa som særleg opplev å bli forskjellsbehandla i samband med helsetenester, og som oppgåva difor skal dreie seg om.

I førearbeida til likestillings- og diskrimineringslova er omgrepet «rusavhengighet» nytta om kjenneteiknet for dei personane som kan ha eit vern mot diskriminering.⁸ Det er også dette

⁵ NIM, «Rus og menneskerettigheter», 73

⁶ Bramness, «Rusmiddellidelser i Norge»

⁷ Ibid

⁸ Jf. Prop. 81 L (2016-2017), 313

omgrepet som oftast er nytta i juridisk litteratur og rapportar om temaet. Tidlegare vart «rusmisbrukarar» nytta, men sidan omgrepet kan virke stigmatiserande er det no fleire som har gått bort frå dette. Eit anna omgrep som har blitt nytta er «rusbrukarar». Ettersom bruk av rusmiddel kan vere uproblematisk for mange, kan omgrepet derimot gi inntrykk av å omfatte personar som ikkje blir stigmatisert og som ikkje har behov for eit særskilt vern mot diskriminering.

Oppgåva vil nytte omgrepa rusavhengigheit og rusavhengige, ettersom dette samsvarar mest med både den medisinske og rettslege terminologien. Det er vidare meininga at både lovlege og ulovlege rusmiddel er omfatta av omgrepa, sjølv om det i mange tilfelle vil vere tale om opioidavhengigheit.

1.2.2 Funksjonsnedsetting

Som nemnt ovanfor vert det i førearbeida til ldl. § 6 lagt opp til at det må gjerast ei vurdering av om rusavhengigheit inneber «funksjonsnedsettelse». Ei alminneleg forståing av omgrepet «funksjonsnedsettelse» tilseier at ein eller fleire av kroppen sine funksjonar, både fysiske og/eller psykiske, er svekka eller ikkje fungerer på same måte som hjå ein frisk person. Oppgåva vil seinare gå inn på kva ein samanheng mellom rusavhengigheit og funksjonsnedsetting kan seiast å innebere, og dermed også utdjupe innhaldet i funksjonsnedsettingsomgrepet.⁹

Omgrepa funksjonsnedsetting og nedsett funksjonsevne vil i denne oppgåva bli nytta om kvarandre, utan at dette er meint å innebere ein forskjell mellom dei to. I ldl. § 6 erstattar «funksjonsnedsettelse» formuleringa «nedsatt funksjonsevne» som blei nytta i tidlegare lover. Bakgrunnen for denne endringa var at «nedsatt funksjonsevne» kunne bli oppfatta som meir stigmatiserande. Det var likevel ikkje meininga å gjere endringar i gjeldande rett.¹⁰

1.2.3 Diskriminering

Sjølv om det finst fleire ulike diskrimineringsforbod og tolkingar av desse, er det nokså brei semje om kva som vilkår som må vere oppfylt for at noko skal kunne utgjere diskriminering. Heilt enkelt kan ein seie at diskriminering betyr forskjellsbehandling mellom menneskjer som

⁹ Sjå oppgåva sitt punkt 3.1.5

¹⁰ Prop. 81 L (2016-2017), 313

ikkje har ei legitim grunngeving. I dette punktet vil oppgåva, med utgangspunkt i dei aktuelle rettskjeldene, forsøkje å belyse dei mest sentrale elementa i diskrimineringsomgrepet.

Det følgjer av Grl. § 98 andre ledd at «Ikkje noko menneske må utsetjast for usakleg eller mishøveleg forskjellsbehandling». I diskrimineringsforbodet i EMK artikkel 14 heiter det at:

Utøvelsen av de rettigheter og friheter som er fastlagt i denne Konvensjon skal bli sikret uten diskriminering på noe grunnlag slik som kjønn, rase, farge, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal eller sosial opprinnelse, tilknytning til en nasjonal minoritet, eiendom, fødsel eller annen status.

Det følgjer av diskrimineringsforbodet i ØSK artikkel 2 nr. 2 at:

Konvensjonspartene forplikter seg til å garantere at de rettigheter som anerkjennes i konvensjonen, blir utøvet uten forskjellsbehandling av noe slag p.g.a. rase, hudfarge, kjønn, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal eller sosial opprinnelse, eiendom, fødsel eller status for øvrig.

I SP artikkel 2 nr. 1 er diskrimineringsforbodet formulert slik:

Hver konvensjonspart forplikter seg til å respektere de rettigheter som anerkjennes i denne konvensjon, og å sikre dem for alle som befinner seg på dens territorium og er undergitt dens jurisdiksjon, uten forskjellsbehandling av noe slag slik som på grunn av rase, hudfarge, kjønn, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal eller sosial opprinnelse, eiendom, fødsel eller status for øvrig.

Og i SP artikkel 26 slik:

Alle er like for loven og har uten noen form for forskjellsbehandling rett til lik beskyttelse av loven. I dette øyemed skal lovgivningen forby enhver form for forskjellsbehandling og sikre alle likeverdig og effektiv beskyttelse mot forskjellsbehandling på noe slikt grunnlag som rase, hudfarge, kjønn, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal eller sosial opprinnelse, eiendom, fødsel eller stilling for øvrig.

I ordinær rett følgjer det generelle diskrimineringsforbodet av ldl. § 6 første ledd;

Diskriminering på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder eller kombinasjoner av disse grunnlagene er forbudt.

Som vi ser varierer både ordlyden og bruksområda til diskrimineringsforboda.¹¹ Det er likevel lagt til grunn ei nokså lik forståing av kva diskriminering inneber. Når det gjeld omgrepet «forskjellsbehandling» i Grl. § 98 har Høgsterett uttalt i samband med det tilsvarende omgrepet i SP artikkel 26 at «[d]et må være en slik grad av sammenlignbarhet mellom de tilfeller som sammenlignes at ulikhetene ikke kan forklare den ulike behandling».¹² Den Europeiske Menneskerettsdomstolen (EMD) har i likskap uttalt at diskriminering inneber at «a person or group is treated, without proper justification, less favourably than another».¹³ I utgangspunktet er det altså ein føresetnad at forskjellsbehandlinga blir samanlikna med behandlinga av andre i tilsvarende situasjon.¹⁴ Ldl. § 7 seier uttrykkeleg at direkte forskjellsbehandling ligg føre når «en person behandles dårligere enn andre blir, har blitt eller ville blitt behandlet i en tilsvarende situasjon [...]». Det er tilstrekkeleg at samanlikninga baserer seg på ein hypotetisk person i ein tilnærma lik situasjon.¹⁵ Dette er også presisert av EMD i relasjon til artikkel 14.¹⁶

Det ligg i diskrimineringsforboda sin natur at forskjellsbehandlinga må ha negativ verknad for den det gjeld, jf. også uttrykka «less favourably» og «dårligere» som nemnt ovanfor. Omgrepa gir ikkje uttrykk for at kravet skal tolkast strengt. I førearbeida til ldl. § 6 er det vist til dømer som tap av fordelar, økonomisk tap eller færre moglegheiter.¹⁷ Det er presisert at det ikkje er krav om kvalifisert dårlegare behandling, men at marginale og ubetydelege ulemper vil ikkje oppfylle kravet.¹⁸ Det kan antakast at dette også gjeld for dei andre diskrimineringsforboda.

¹¹ Oppgåva vil seinare gå inn på diskrimineringsgrunnlag og bruksområde, sjå punkt 1.2.4, 2.1.2 og 2.2.1

¹² Rt. 2010 s. 1565 avsnitt 31

¹³ *Abdulaziz, Cabales og Balkandali mot Storbritannia* [P] 1985, no. 9214/80, 9473/81 og 9474/81, avsn. 82

¹⁴ Kravet om samanlikningsgrunnlag stiller seg noko ulikt for direkte og indirekte forskjellsbehandling, ettersom situasjonen for sistnemnde er at ulike tilfelle blir behandla likt

¹⁵ Prop. 81 L (2016-2017), 34

¹⁶ *Molla Sali mot Hellas* [GC] 2018, no. 20452/14, avsn. 133

¹⁷ Prop. 81 L (2016-2017) s. 314

¹⁸ *Ibid*

Det må vidare kunne leggjast til grunn at alle diskrimineringsforboda omfattar både direkte og indirekte forskjellsbehandling, sjølv om verken Grunnlova eller menneskerettskonvensjonane seier noko om dette skiljet. I ldl. kjem det uttrykkeleg fram av §§ 7 og 8, jf. § 6 fjerde ledd. Direkte forskjellsbehandling inneber at forskjellsbehandlinga er eksplisitt, altså at den er av konkret og direkte betydning for bestemte personar.¹⁹ Indirekte forskjellsbehandling føreligg der ei tilsynelatande nøytral føresegn, handling, unnlating m.m. resulterer i forskjellsbehandling.²⁰ EMD har på si side uttalt at forskjellsbehandling «may take the form of disproportionately prejudicial effects of a general policy or measure which, though couched in neutral terms, discriminates against a group».²¹ EMD har også slått fast at lik behandling av personar som er i vesentleg ulike situasjonar, kan utgjere diskriminering.²² Til dømes må det antakast at ein synshemma vil kunne bli diskriminert ved eit generelt forbod mot å ta med hund inn i ein bygning.²³

Både EMD og ØSK-komiteen har, særleg med omsyn til personar med nedsett funksjonsevne, framheva at manglande tilrettelegging kan vere omfatta av diskrimineringsforbodet. Med bakgrunn i FN sin konvensjon om rettar for menneske med nedsett funksjonsevne (CRPD), er det uttalt at statane har ei plikt til å sikre «reasonable accommodation» for personar med nedsett funksjonsevne, og at mangel på dette vil vere diskriminerande.²⁴ Det kan leggjast til grunn at dette også gjeld for SP artikkel 2 nr. 1 og 26, samt Grunnlova § 98. I ldl. følgjer det direkte av lovteksten.²⁵

Ei kvar forskjellsbehandling vil ikkje utan vidare utgjere diskriminering. Dette kjem klart fram ved at det berre er «usakleg eller mishøveleg» forskjellsbehandling som er forbode etter Grl. § 98. Ordlyden «usaklig» tilseier at forskjellsbehandlinga ikkje har eit legitimt føremål. Vidare viser «mishøveleg» til at forskjellsbehandlinga ikkje byggjer på vektige grunnar og rammar unødvendig hardt.²⁶ Ei slik vurdering av føremål og høvelegheit er også påkravd ved

¹⁹ Sjø mellom anna definisjon i ldl. § 7 og Prop. 81 L (2016-2017), 314

²⁰ Sjø mellom anna definisjon i ldl. § 8

²¹ *Biao mot Danmark* [GC] 2016, no. 38590/10, avsn. 103

²² *Pretty mot Storbritannia* [J] 2002, no. 2346/02, avsn. 88

²³ Aall, *Rettsstat og menneskerettigheter* (Bergen: Fagbokforlaget, 2018), 75

²⁴ Sjø ØSK-komiteens General Comment nr. 5 (1994), avsn. 15; G.L. mot Italia [J] 2020, no. 59751/15, avsn. 60-66

²⁵ Brot på ldl. §§ 17 og 18 om universell utforming og §§ 20, 21, 22 og 23 om individuell tilrettelegging blir rekna som diskriminering, jf. § 12.

²⁶ Aall, «§ 98», 1044

diskrimineringsforboda etter menneskerettskonvensjonane og ordinær rett. EMD har til dømes presisert at forskjellsbehandlinga utgjer diskriminering dersom;

*[...] it has no objective and reasonable justification, that is, if it does not pursue a legitimate aim or if there is not a reasonable relationship of proportionality between the means employed and the aim sought to be realised.*²⁷

Etter EMK artikkel 14 må det altså gjerast ei vurdering av om forskjellsbehandlinga har eit legitimt føremål og om det er eit høveleg forhold mellom midlane som blir nytta og føremålet som blir søkt oppnådd. ØSK-komiteen har lagt til grunn tilnærma same vurderingstema etter ØSK artikkel 2 nr. 2.²⁸ Til samanlikning heiter det i ldl. § 9 første ledd bokstav a-c at forskjellsbehandlinga er lovleg dersom ho har eit sakleg føremål, er naudsynt for å oppnå føremålet, og ikkje er uforholdsmessig inngripande overfor den eller dei som blir forskjellsbehandla.²⁹

1.2.4 Diskrimineringsvern og diskrimineringsgrunnlag

Diskrimineringsvernet byggjer på at alle menneskjer skal ha rett til å bli vurdert ut frå sine individuelle eigenskapar, og ikkje på grunnlag av gruppebaserte kjenneteikn. I dei seinare åra har vernet, både etter menneskerettskonvensjonane og norsk rett, blitt utvida til å omfatte nye persongrupper, situasjonar og relasjonar. Dei gruppebaserte kjenneteikna det er forbode å diskriminere på grunnlag av blir omtala som diskrimineringsgrunnlag. I diskrimineringsforboda som listar opp diskrimineringsgrunnlag, er det eit krav om årsakssamanheng mellom forskjellsbehandlinga og det aktuelle diskrimineringsgrunnlaget.³⁰

Diskrimineringsforbodet i Grl. § 98 skil seg frå menneskerettskonvensjonane og ordinær lovgiving ved at det ikkje er lista opp diskrimineringsgrunnlag. Vidare omfattar uttrykket «Ikkje noko menneske» i Grl. § 98 etter ei naturleg språkforståing alle fysiske personar under norsk jurisdiksjon. Føresegna forbyr altså diskriminering generelt, og er i utgangspunktet

²⁷ *Molla Sali mot Hellas* [GC] 2018, no. 20452/14, avsn. 135

²⁸ ØSK-komiteen, General Comment no. 20 (2009), avsn. 13

²⁹ Sjå også ldl. §§ 10 og 11 som omhandlar lovleg forskjellsbehandling knytt til høvesvis graviditet og positiv særbehandling

³⁰ Jf. formuleringane «på noe grunnlag slik som» i EMK artikkel 14, «av noe slag p.g.a.» i ØSK artikkel 2 nr. 2, «av noe slag slik som på grunn av» i SP artikkel 2 nr. 1, «på noe slikt grunnlag som» i SP artikkel 26 og «på grunn av» i ldl. § 6 første ledd

ikkje avgrensa til visse diskrimineringsgrunnlag. Dette er også ein føresetnad som kjem til uttrykk i førearbeida.³¹

Diskrimineringsforboda i ldl. § 6, ØSK artikkel 2 nr. 2, SP artikkel 2 nr. 1 og 26 og EMK artikkel 14 stiller opp ei rekkje diskrimineringsgrunnlag. Rusavhengigheit er ikkje nemnt som eit eige diskrimineringsgrunnlag i nokre av føresegnene. Opplistinga av diskrimineringsgrunnlag i menneskerettskonvensjonane er likevel ikkje uttømmende, og alle føresegnene inneheld samlekategoriane «annen status», «status for øvrig» eller «stilling for øvrig» som er meint å fange opp fleire forhold enn det som følgjer av ordlyden. Dette opnar for at rusavhengigheit kan innfortolkast som diskrimineringsgrunnlag i diskrimineringsforboda i menneskerettskonvensjonane.

Opplistinga av diskrimineringsgrunnlag i ldl. § 6 er til forskjell uttømmende, noko uttrykket «på grunn av» og fråværet av ein samlekategori viser. Etter ordlyden er det følgjeleg ikkje mogleg å innfortolke andre diskrimineringsgrunnlag, slik som rusavhengigheit. Som tidlegare nemnt kan likevel diskrimineringsgrunnlaget «funksjonsnedsettelse» i visse tilfelle omfatte rusavhengige.

1.3 Avgrensing og vidare framstilling

Oppgåva tek føre seg eit tema som reiser fleire menneskerettslege spørsmål. Av omsyn til lengde og omfang er det ikkje mogleg å gå grundig inn på alle spørsmål som blir reist undervegs. Det må difor understrekast at oppgåva skal fokusere på rusavhengige sitt diskrimineringsvern, og at det er vilkåret om diskrimineringsgrunnlag som er særleg interessant. Dei andre materielle vilkåra for diskriminering, som til dømes om det ligg føre forskjellsbehandling og om denne er rettkomen eller ikkje, vil ikkje vere i hovudfokus. Oppgåva vil likevel trekke inn dei andre vilkåra for diskriminering der dette bidreg til å illustrere eit poeng eller ei problemstilling. Når det gjeld samanhengen mellom diskriminering og retten til privatliv, vil oppgåva sjå nærare på problematikken rundt bruk av kontrolltiltak under LAR. Etersom oppgåva omhandlar diskrimineringsvernet til rusavhengige, vil drøftinga likevel måtte avgrensast mot ein meir grundig diskusjon av vilkåra for tvang, samt tvangstiltak etter helse- og omsorgstenestelova kap. 10.

³¹ Sjå Menneskerettsutvalet si grunngjeving for å ikkje liste opp diskrimineringsgrunnlag i Dok.nr.16 (2011-2012) punkt 26.6.2.6

Det er også behov for å avklare rettskjeldebiletet. EMK artikkel 1 i tilleggsprotokoll nr. 12, som gir eit generelt vern mot diskriminering, er ikkje ratifisert av Noreg og difor ikkje teke med i oppgåva. Vidare skal rusavhengige sitt behov for diskrimineringsvern kartleggast med utgangspunkt i området for helsetenester. Dette inneber at det blant menneskerettskonvensjonane særleg er ØSK som står sentralt. Både EMK og SP omhandlar først og fremst sivile og politiske rettar. EMK står likevel også sentralt i oppgåva, særleg med omsyn til spørsmålet om kontrolltiltak under LAR, men også fordi konvensjonen generelt er sett på som ei viktig rettskjelde og EMD sine dommar er bindande for medlemsstatane.

2 Metode og rettskjelder

2.1 Grunnlova og menneskerettskonvensjonane

2.1.1 Forrang

Noreg sine menneskerettslege plikter følgjer av Grunnlova, menneskerettslova, internasjonale konvensjonar som Noreg har slutta seg til og anna lovgiving. Forbodet mot diskriminering som i dag er nedfelt i Grl. § 98, kom først inn i Grunnlova i 2014 saman med ei rekkje andre menneskerettsføresegn i ein ny del E med tittelen «Menneskerettar». Både EMK, ØSK og SP er inkorporert i norsk rett gjennom menneskerettslova, og har forrang føre annan lovgiving ved eventuell motstrid, jf. §§ 2 og 3. Konvensjonane ligg med dette eit trinn under Grunnlova, men over annan lovgiving. Dette inneber at diskrimineringsforboda etter både Grunnlova og menneskerettskonvensjonane vil kunne gå føre ldl. § 6.

2.1.2 Sjølvstendige og aksessoriske diskrimineringsforbod

Diskrimineringsforbodet i Grl. § 98 er sjølvstendig ved at det ikkje er avgrensa til området for grunnlovsrettane. Diskrimineringsforbodet har såleis mest likskapstrekk med diskrimineringsforbodet i SP artikkel 26, som ikkje er avgrensa til konvensjonen sine materielle rettar. Menneskerettskomiteen har uttalt at SP artikkel 26 pålegg statane plikter med omsyn til *all* lovgiving. Etter SP artikkel 26 skal altså ikkje diskriminering finne stad innanfor noko område som er dekkja av staten si lovgiving.³²

Diskrimineringsforboda i EMK artikkel 14, ØSK artikkel 2 nr. 2 og SP artikkel 2 nr. 1 er til forskjell avgrensa til dei materielle rettane som følgjer av konvensjonane, og er difor aksessoriske. Dette følgjer direkte av ordlyden til dei nemnde føresegnene, til dømes av ØSK artikkel 2 nr. 2 som seier at det er «de rettigheter som anerkjennes i konvensjonen» som skal sikrast utan diskriminering. Det er likevel ikkje eit krav om at det ligg føre eit brot på ein annan rett, så framt det faktiske forholdet fell inn under omfanget til eitt eller fleire føresegn. EMD har til dømes presisert at;

³² Menneskerettskomiteen, General Comment No. 18 (1989), avsn. 12

*[a]lthough the application of Article 14 does not presuppose a breach of those provisions – and to this extent it is autonomous – there can be no room for its application unless the facts at issue fall within the ambit of one or more of them.*³³

Ifølgje Aall inneber dette at diskrimineringsforbodet i EMK artikkel 14 si slagvidde blir «temmeleg vid».³⁴ ØSK-komiteen har på si side uttalt at diskrimineringa må ha til hensikt eller verknad av å oppheve eller svekke den enkelte si utøving av rettane etter konvensjonen, noko som tilseier ei tilsvarande vid slagvidde.³⁵

2.1.3 Positive og negative plikter

Menneskerettane gir statane både negative plikter, som vil seie plikter til å avstå frå noko, og positive plikter, som vil seie plikter til å gjere noko aktivt for å verne menneskerettane. Det er ikkje alltid eit tydeleg skilje mellom negative og positive plikter, ettersom styresmaktene når det gjeld både forbod og fridomsrettar vil vere plikta til å gjere noko aktivt for å hindre brot på diskrimineringsforbodet overfor individ.³⁶ Staten skal på den eine sida respektere den enkelte sin rett til likebehandling, som til dømes å ikkje vedta diskriminerande lovgiving eller utøve helsetenester på ein diskriminerande måte. I tillegg pålegg menneskerettskonvensjonane statane ei plikt til å aktivt sørgje for at ikkje-diskrimineringsprinsippet blir ivareteke i praksis. Staten har med dette ei plikt til å verne den enkelte mot å bli diskriminert i forhold mellom private partar. Staten har også ei plikt til å sette i verk tiltak for å fremje likestilling og motarbeide diskriminering, til dømes ved hjelp av lovgiving eller andre tiltak.³⁷

Til illustrasjon er diskrimineringsforbodet i EMK artikkel 14 i utgangspunktet utforma som ei negativ plikt for medlemsstatane. EMD har likevel uttalt at artikkel 14 i visse tilfelle også pålegg medlemsstatane ei positiv plikt til å forhindre, stoppe eller straffe diskriminering.³⁸ Slike positive plikter kan omfatte det EMD har kalla for «positive measures», altså aktive tiltak, som staten kan eller bør sette i verk for å korrigere faktiske ulikskapar.³⁹

³³ Sjø mellom anna Konstantin Markin mot Russland (GC) 2012, no.30078/06, avsn. 124

³⁴ Aall, *Rettsstat og menneskerettigheter* (Bergen: Fagbokforlaget, 2018), 85

³⁵ ØSK-komiteen, General Comment no. 20 (2009), avsn. 7

³⁶ Hellum og Strand, *Likestillings- og diskrimineringsrett* (Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2022), 82

³⁷ Prop. 81 L (2016-2017), 38

³⁸ *Pla og Puncernau mot Andorra* [J] 2004, no. 69498/01, avsn. 62

³⁹ *Horváth og Kiss mot Hungary* [J] 2013, no. 11146/11, avsn. 104

2.2 Forholdet til ordinær lovgiving

2.2.1 Likestillings- og diskrimineringslova

Når det gjeld ordinær rett skal oppgåva sjå nærare på diskrimineringsforbodet i ldl. § 6. Føresegna gjeld i utgangspunktet «på alle samfunnsområder», jf. ldl. § 2, og er i likskap med Grl. § 98 og SP artikkel 26 sjølvstendig. Om forholdet mellom ordinær rett og menneskerettskonvensjonane har Hellum og Strand peika på at det eksisterer to nivå av diskrimineringsvern. Årsaka er at diskrimineringsforboda i menneskerettskonvensjonane, som er inkorporert i norsk rett, inneheld fleire diskrimineringsgrunnlag enn ldl. § 6. Det eine nivået er følgeleg dei diskrimineringsgrunnlaga som følgjer av menneskerettskonvensjonane, medan det andre nivået er dei som følgjer av ldl. § 6. Etter menneskerettskonvensjonane er det berre offentlege styresmakter som er pliktsubjekt, og ikkje private partar. Dette inneber at offentlege styresmakter kan haldast ansvarlege for diskriminering på fleire grunnlag enn private partar, som berre kan haldast ansvarleg etter ldl. § 6.⁴⁰

Hellum og Strand nemner ikkje Grl. § 98 i samheng med dei to nivåa, men framhevar at føresegna kan fungere som ein sikkerheitsventil dersom ordinær rett ikkje strekk til.⁴¹ I likskap med menneskerettskonvensjonane er det i utgangspunktet berre offentlege styresmakter som er pliktsubjekt etter Grl. § 98. Grl. § 98 listar ikkje opp diskrimineringsgrunnlag, men kan samstundes tenkast å ha eit meir vidtrekkande diskrimineringsvern enn ldl. § 6.⁴² I førearbeida til Grl. § 98 er det presisert at skiljet når det gjeld pliktsubjekt berre vil ha praktisk betydning ved sidan av diskrimineringslovgivinga dersom Grunnlova går lengre i å verne mot diskriminering enn dagens diskrimineringslov gjer.⁴³ Både Grl. § 98 og diskrimineringsforboda i menneskerettskonvensjonane vil uansett kunne få betydning i tvistar mellom private partar, då ordinær lovgiving, som ldl. § 6, kan tolkast i lys av desse kjeldene.⁴⁴

2.3 Tolking

⁴⁰ Hellum og Strand, *Likestillings- og diskrimineringsrett* (Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2022), 169-170

⁴¹ *Ibid.*, 171

⁴² Dette vil oppgåva gå nærare inn på under punkt 3.1.1

⁴³ Dok.nr.16 (2011-2012) punkt 26.6.2.4

⁴⁴ Sjø til dømes HR-2018-872-A der ansvarsreglane i reindriftslova § 67 blei tolka i lys av Grl. §§ 108 og 98

2.3.1 Tekst og førearbeid

Utgangspunktet for all teksttolking er den naturlege forståinga av ordlyden. For både Grunnlova, ordinær lovgiving og menneskerettskonvensjonane følgjer dette av uskrivne prinsipp. For menneskerettskonvensjonane sitt vedkommande er prinsippet kodifisert i Wienkonvensjonen om traktatretten artikkel 31.

Vidare vil oppgåva vise til lovførearbeid ved tolking av både Grunnlova og likestillings- og diskrimineringslova. Norske lovførearbeid gir uttrykk for lovgivar sin vilje og har difor demokratisk legitimitet. Det same kan ikkje seiast å gjelde for førearbeida til menneskerettskonvensjonane, ettersom det kan vere vanskeleg å fastslå ein vilje bak dei mange avtalepartane. At førearbeida til menneskerettskonvensjonane ikkje skal ha stor tolkingsvekt følgjer også av Wienkonvensjonen artikkel 32.⁴⁵

Det er vidare klart at diskrimineringsforboda i menneskerettskonvensjonane kan få betyding ved tolkinga av både ldl. § 6 og Grl. § 98.⁴⁶ I førearbeida til ldl. er det rett nok peika på at ulikskapane mellom Grl. § 98 og diskrimineringsforboda i de ulike menneskerettskonvensjonane, mellom anna med omsyn til ordlyd, gjer at det ikkje utan vidare er klart kva vekt desse skal ha i tolkinga av Grl. § 98.⁴⁷ Høgsterett har også tolka ordinær rett i lys av Grunnlova, noko som inneber at ldl. § 6 kan tolkast i lys av Grl. § 98.⁴⁸ Motsett tyder førearbeida til Grl. § 98 på at ldl. § 6 kan vere av betyding når det gjeld fastlegging av diskrimineringsvernet etter Grl. § 98.⁴⁹

2.3.2 Føremål

Føremålet med Grunnlova er å «tryggje demokratiet, rettsstaten og menneskerettane», jf. Grl. § 2. Vidare følgjer det av Grl. § 92 at «[d]ei statlege styresmaktene skal respektere og tryggje menneskerettane slik dei er fastsette i denne grunnlova og i traktatar om menneskerettar som er bindande for Noreg.» I førearbeida til Grunnlova er det slått fast at føremålet med føresegnene er å styrke menneskerettane si stilling i norsk rett.⁵⁰ Det må antakast at ei slik

⁴⁵ Wienkonvensjonen artikkel 32 seier at førearbeid berre kan vere ein tolkingsfaktor for å stadfeste eit tolkingresultat som følgjer av hovudregelen i artikkel 31. Unntaket er dersom resultatet av ei tolking i tråd med hovudregelen er «ambiguous or obscure» eller «manifestly absurd or unreasonable».

⁴⁶ Jf. mellom anna menneskerettslova §§ 2 og 3 og Grl. § 92

⁴⁷ Prop. 81 L (2016-2017), 36

⁴⁸ Sjø til dømes HR-2018-872-A der ansvarsreglane i reindriftslova § 67 blei tolka i lys av Grl. §§ 108 og 98.

⁴⁹ Jf. dok.nr.16 (2011-2012) punkt 26.6.2.6, som oppgåva også vil gå nærare inn på under punkt 3.1.1

⁵⁰ Sjø mellom anna Dok. 16 2011-2012, 13, 17 og 21

klar understreking av føremålet er viktig når det gjeld rettsavklaring- og utvikling i Grunnlova.⁵¹

Ved tolking av menneskerettskonvensjonane har både EMD, ØSK-komiteen og menneskerettskomiteen lagt stor vekt på føremålsbetraktningar, særleg der ordlyden er generell. At føremål skal ha vekt i tolkinga følgjer av Wienkonvensjonen artikkel 31 første ledd, som seier at konvensjonane skal tolkast «in their context and in light of their object and purpose». Det er også dette som er bakgrunnen for at domstolar og overvåkingsorgan har utvikla ei dynamisk tolking av ei rekkje konvensjonsføresegn. Eit døme er omgrepet «status for øvrig» i ØSK artikkel 2 nr. 2 og SP artikkel 2 nr. 1, samt «annen status» i EMK artikkel 14, som no utvilsamt omfattar seksuell orientering.⁵²

Også når det gjeld ordinær lovgiving har domstolane tradisjon for å legge vekt på føremålsbetraktningar. I ldl. § 1 heiter det mellom anna at lova sitt føremål er å «fremme likestilling og hindre diskriminering [...]», noko som vil vere rettleiande ved tolking av ldl. § 6. Likestilling og likeverd er hyppig brukte formuleringar i føremålsføresegnene i norsk helselovgivning, noko som viser at prinsippet om ikkje-diskriminering står sentralt også på dette området. Pasient- og brukarrettslova (pbrl) har til dømes som føremål «å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet», jf. § 1-1 første ledd. Også spesialisthelsetenestelova (sphl) skal mellom anna bidra til å sikre «tjenestetilbudets kvalitet» og «likeverdig tjenestetilbud», og at «tjenestetilbudet blir tilpasset pasientens behov», jf. § 1-1. Dette er mål som famnar breitt og som har ei nær kopling til menneskerettane sine verdiar og føresegn.⁵³

2.3.3 Praksis

Oppgåva vil mellom anna vise til praksis frå EMD. EMD har kompetanse til å avseie bindande dommar mot medlemslanda og har det siste ordet ved tolkinga av EMK.⁵⁴

Dommane bidreg til å tydeleggjere og konkretisere innhaldet til konvensjonsføresegnene, og er difor viktige tolkingsbidrag. Uttrykket «margin of appreciation» (staten sin skjønnsmargin) inneber at medlemslanda har eit visst rom når det kjem til å utøve politisk skjønn i vurderinga

⁵¹ Aall, *Rettsstat og menneskerettigheter* (Bergen: Fagbokforlaget, 2018), 38

⁵² Sjå mellom anna ØSK-komiteen, General Comment no. 20 (2009), avsn. 32, X mfl. mot Østerrike 2013, avsn. 99

⁵³ Aasen, «Forsvarlighet og menneskerettigheter», 48

⁵⁴ Jf. EMK artikkel 46

av korleis konvensjonsrettane best blir ivareteke og balansert mot andre rettar eller samfunnsbehov. EMD har til likevel uttalt at staten sin skjønnsmargin når det gjeld forskjellsbehandling på grunnlag av nedsett funksjonsevne eller helsetilstand er betydeleg redusert.⁵⁵ I *Kiyutin mot Russland*, som omhandla forskjellsbehandling av ein person med HIV, vurderte EMD at:

*[...] people living with HIV are a vulnerable group with a history of prejudice and stigmatisation and that the State should be afforded only a narrow margin of appreciation in choosing measures that single out this group for differential treatment on the basis of their HIV status.*⁵⁶

Utsegna viser at staten sin skjønnsmargin er særleg innsnevra i situasjonar der det er tale om forskjellsbehandling av ei sårbar gruppe som gjennom fleire år har opplevd fordommar og stigmatisering, noko som også må kunne seiast å vere tilfelle for rusavhengige.

Vidare vil det bli vist til generelle kommentarar («general comments») frå FN-komiteane. Dei generelle kommentarane gir uttrykk for ØSK og SP sitt innhald, og utdjuvar og konkretiserer statane sine plikter. Kommentaraner rettar seg mot alle medlemslanda.⁵⁷ Dei generelle kommentarane er ikkje formelt bindande, men Høgsterett har i ei rekkje saker lagt til grunn at dei er ei relevant rettskjelde når innhaldet av konvensjonspliktene skal fastleggjast. Det er presisert at tolkingsvekta avhenger av;

*[...] hvor godt de er forankret i konvensjonsteksten. Et annet sentralt moment er om det dreier seg om tolkningsuttalelser, eller om uttalelsen mer må sees som en tilråding om optimal praksis på konvensjonens område.*⁵⁸

ØSK-komiteen sine presiseringar av det rettslege innhaldet i både artikkel 2 nr. 2 og 12 i dei generelle kommentarane kan reknast som tolkingsutsegn forankra i konvensjonen sitt forbod mot diskriminering og den grunnleggjande retten til helse.⁵⁹

⁵⁵ *Glor mot Sveits* [J] 2009, no. 13444/04, avsn. 84; *I.B mot Hellas* (J) 2013, no. 552/10, avsn. 81

⁵⁶ *Kiyutin mot Russland* [J] 2011, no. 2700/10, avsn. 64

⁵⁷ Hellum og Strand, *Likestillings- og diskrimineringsrett* (Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2022), 86

⁵⁸ HR-2018-2096-A avsn. 14

⁵⁹ Aasen, «Forsvarlighet og menneskerettigheter», 74

Det vil også bli vist til konkluderande observasjonar («concluding observations») frå FN-komiteane. I dei konkluderande observasjonane kommenterer komiteane ein stat sin gjennomføring av konvensjonspliktene. Komiteane tek ikkje stilling til om det ligg føre diskriminering i enkelttilfelle, men innhaldet kan likevel bidra til å utdjupe innhaldet i diskrimineringsforbodet og retten til helse. Den rettskjeldemessige vekta av konkluderande observasjonar ved tolking av konvensjonane må også vurderast konkret.⁶⁰

⁶⁰ Hellum og Strand, *Likestillings- og diskrimineringsrett* (Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2022), 86

3 Rusavhengigheit som diskrimineringsgrunnlag

3.1 Ein gjennomgang av rettskjeldene

3.1.1 Grunnlova

Grl. § 98 lister som nemnt ikkje opp ulike diskrimineringsgrunnlag. Vurderinga knyt seg i staden til spørsmålet om det ligg føre ei forskjellsbehandling, og om denne er usakleg eller uforholdsmessig. I førearbeida til Grl. § 98 kjem det fram at dette er eit bevisst val.

Menneskerettsutvalet konkluderte med at «de ulike diskrimineringsgrunnlag ikke bør listes opp i en grunnlovsbestemmelse, men at dette bør overlates til ordinær lovgivning». Det blei mellom anna vist til at ein slik unngår sprik mellom det som til ei kvar tid følgjer av lovgivinga, strid og misnøye rundt kva grunnlag som bør nemnast og at Grunnlova i noko grad bør vere open for uventa situasjonar og endringar over tid.⁶¹

Utvalet peika særleg på ulempa med at personar med kjenneteikn som ikkje står på ei eventuell opplisting, kan oppleve dette som ei stadfesting på at samfunnet ikkje ser like alvorleg på deira problem. Det blei uttalt at «[d]enne følelsen kan raskt også vise seg å være en realitet, på den måten at disse personene vanskeligere vil nå frem med sin sak». Dette måtte få særleg betydning ved utforminga av ei grunnlovsføresegn, som utvalet meinte at heller bør fremje allmenngyldige prinsipp om likskap og ikkje-diskriminering.⁶² Fleirtalet i Stortinget sin kontroll- og konstitusjonskomité var samde i utvalet sitt forslag, og hevda at ei opplisting av diskrimineringsgrunnlag ville gjere føresegna meir rigid og auke faren for å utelate framtidige grunnlag for diskriminering som er vanskeleg å føresjå. Komiteen peika vidare på at;

En fordel med å grunnlovsfeste en åpen kategori fremfor å liste opp særlige forhold som erfaringsmessig kan føre til diskriminering, er at den vil sikre at diskriminering

⁶¹ Dok.nr.16 (2011-2012) punkt 26.6.2.6, 149

⁶² Ibid

*som åpenbart er usaklig og har sammenheng med vesentlige forhold ved en person, blir omfattet.*⁶³

Det er med dette valt ei anna tilnærming til diskrimineringsvernet i Grl. § 98 enn i ldl. § 6, som har ein uttømmende opplistingsmodell. Ut frå Grl. § 98 si opne formulering kan det stillast spørsmål ved om Grunnlova sitt diskrimineringsvern omfattar fleire grupper enn det som følgjer av ordinær lovgiving, og kva betydning dette eventuelt har.⁶⁴ På den eine sida kan dei nemnde førearbeida tilseie at dei nærare grensene for kva som skal omfattast bør bestemmast i ordinær lovgiving, jf. ordlyden «overlates til ordinær lovgiving». Ei slik forståing inneber i så fall at Grunnlova sitt vern etter § 98 i praksis vil vere samanfallande med vernet etter ldl. § 6. Dette blei til dømes lagt til grunn av Arbeids- og sosialdepartementet i si tilråding om endringar i sosialtenestelova.⁶⁵

På den andre sida er Grl. § 98 utforma som ein individuell rett som kan bringast inn for domstolane som ein sikkerheitsventil i tilfelle ordinær lovgiving ikkje gir tilstrekkeleg vern, til dømes i lys av internasjonale konvensjonsplikter, jf. Grl. § 92.⁶⁶ Menneskerettsutvalet understreka også i sin rapport at diskrimineringsvernet etter Grunnlova «ikke [vil] være betinget av formell lov». Det blei utdjupa at;

*Bestemmelsen vil således kunne gi utvidet vern hvis Grunnlovens diskrimineringsvern blir videre, for eksempel hvis grunnlovsbestemmelsens liste over diskrimineringsgrunnlag suppleres med en sekkekategori, og dette ikke gjøres i diskrimineringsloven. Hvis forbudene derimot formuleres likt i diskrimineringsloven og i Grunnloven [...], må det presumeres at bestemmelsene skal fortolkes likt.*⁶⁷

Ettersom Grl. § 98 og ldl. § 6 ikkje er formulert likt, mellom anna ved at Grl. § 98 ikkje listar opp diskrimineringsgrunnlag, tilseier dette at ein presumsjon om lik tolking ikkje bør gjelde. I teorien er det dessutan peika på at Høgsterett dei seinare åra har utvikla ein praksis der Grunnlova sine menneskerettar i auka grad blir tolka sjølvstendig, utover krav i annan lovgiving, og i lys av internasjonale menneskerettskonvensjonar.⁶⁸ Aall uttalar til dømes at det ved vurderinga av kva som er uforholdsmessig etter Grl. § 98 er nærliggande å sjå til

⁶³ Innst. 186 S (2013-2014), 25

⁶⁴ Hellum og Strand, *Likestillings- og diskrimineringsrett* (Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2022), 171

⁶⁵ Prop. 24 L (2020-2021), 17

⁶⁶ Aasen, «Forsvarlighet og menneskerettigheter», 32

⁶⁷ Dok.nr.16 (2011-2012) punkt 26.6.2.1

⁶⁸ Hellum og Strand, *Likestillings- og diskrimineringsrett* (Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2022), 171

diskrimineringsgrunnlaga i EMK artikkel 14, og at desse kan sjåast som presiseringar av sakleg- og høvelegvurderinga.⁶⁹ Etersom EMK artikkel 14 og dei andre diskrimineringsforboda i menneskerettskonvensjonane inneheld ein samlekategori og dermed fleire grupper enn ldl. § 6, kan det tenkast at behovet for å bruke grunnlova § 98 som sikkerheitsventil blir forsterka.⁷⁰

3.1.2 ØSK og SP

Både ØSK artikkel 2 nr. 2 og SP artikkel 2 nr. 1 nyttar samlekategorien «status for øvrig», medan SP artikkel 26 nyttar «stilling for øvrig». Ut frå samanhengen mellom dei to konvensjonane, er det likevel nærliggande å leggje til grunn at uttrykka er meint å ha tilnærma same innhald.

ØSK-komiteen har understreka at ein må ha ei fleksibel tilnærming til kva som utgjer diskrimineringsgrunnlaget «status for øvrig». I spørsmålet om kor vidt eit nytt diskrimineringsgrunnlag kan innfortolkast, må forholdet samanliknast med dei som allereie følgjer av ordlyden. Komiteen har i den samanheng uttalt at “These additional grounds are commonly recognized when they reflect the experience of social groups that are vulnerable and have suffered and continue to suffer marginalization”.⁷¹ Det blir altså peika på sosiale grupper som har til felles at dei er sårbare og har lidd og framleis lid av marginalisering.

Funksjonsnedsetting og helsetilstand er forhold som ØSK-komiteen har innfortolka i omgrepet «status for øvrig». ⁷² Rusavhengigheit er fram til i dag ikkje nemnt. Det er likevel gode grunnar for å innfortolke rusavhengigheit i «status for øvrig», alternativt som del av helsetilstand eller nedsett funksjonsevne. Som NIM skriv i sin rapport, kan rusavhengigheit vere ein livslang tilstand, sjølv med adekvat behandling, og likne dei andre diskrimineringsgrunnlaga som er nemnt i føresegna sin ordlyd. Rusavhengigheit kan samstundes vere del av ein person sin helsetilstand ved at den påverkar både fysisk og psykisk

⁶⁹ Aall, *Rettsstat og menneskerettigheter* (Bergen: Fagbokforlaget, 2018), 80

⁷⁰ Hellum og Strand, *Likestillings- og diskrimineringsrett* (Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2022), 171

⁷¹ ØSK-komiteen, General Comment No. 20 (2009), avsn. 27

⁷² *Ibid*, avsn. 28 og 33

helse.⁷³ Rusavhengigheit kan også utgjere ei funksjonsnedsetting ved at tilstanden har medført psykiske eller fysiske lidingar.⁷⁴

I sin konkluderande observasjon i 2020 oppmoda dessutan ØSK-komiteen Noreg til å avkriminalisere narkotikabruk, samt betre kvaliteten og tilgjengelegheita av hjelpetiltak og spesialiserte helsetenester for rusbrukarar med tilvising til artikkel 12. Det blir vist til rusreformutvalet si utreiing i 2019 og at komiteen er bekymra for at kriminalisering av bruk av rusmiddel fungerer som ein barriere mot å få åtgang til helsehjelp.⁷⁵ Sjølv om dette er ei oppmoding, synast det klart at komiteen er av den oppfatning at helsetilbodet til rusavhengige ikkje er bra nok. Dette tyder også på at ØSK-komiteen reknar rusavhengige for å vere ei sårbar og marginalisert gruppe som staten må rette særleg merksemd mot, noko som gjer det nærliggande å leggje til grunn at rusavhengigheit kan vere omfatta av samlekategorien «status for øvrig» eller «stilling for øvrig».⁷⁶

3.1.3 EMK

EMD har også lagt til grunn ei vid forståing av omgrepet «annen status», og har gjennom omfattande rettspraksis slått fast at fleire diskrimineringsgrunnlag enn det som følgjer av ordlyden fell inn under artikkel 14.⁷⁷ Domstolen har i den samanheng uttalt at diskrimineringsvernet omfattar forskjellsbehandling «based on an identifiable, objective or personal characteristic or “status”, by which persons or groups of persons are distinguishable from one another». Det er understreka at det ikkje gjeld ei avgrensing mot karakteristikkar som er personlege, i form av at dei er medfødt eller ibuande.⁷⁸

I likskap med ØSK-komiteen har EMD kome til at «annen status» omfattar funksjonsnedsetting og helsetilstand. EMD har ikkje slått fast at rusavhengigheit er omfatta av «annen status», men det er særleg éi sak som tyder på at ei slik innfortolking er nærliggande. I *Abdyusheva mfl. mot Russland* var eitt av spørsmåla om manglande åtgang til behandling med metadon eller buprenorfin for opioidavhengige var i strid med artikkel 14 heldt saman

⁷³ NIM, «Rus og menneskerettigheter», 72

⁷⁴ Sjø meir om dette under oppgåva sitt punkt 3.1.5

⁷⁵ ØSK-komiteen, Concluding observations on the sixth periodic report of Norway (2020), avsn 42-43

⁷⁶ Sjø meir om dette under oppgåva sitt punkt 4.1.2

⁷⁷ Sjø til dømes *Carson mfl. mot Storbritannia* [GC] 2010, no. 42184/05, avsn. 70

⁷⁸ Sjø til dømes *Kiyutin mot Russland* [J] 2011, no. 2700/10, avsn. 56; *Carson mfl. mot Storbritannia* [GC] 2010, no. 42184/05, avsn. 61 og 70

med artikkel 8. Når det gjaldt diskrimineringsgrunnlaget, viste EMD først til at helsetilstand var omfatta av diskrimineringsvernet i artikkel 14. Domstolen uttalte dermed at det kan antakast at sjukdommar som diabetes, astma eller hjartesyjukdom, med omsyn til symptom og behandlingsprotokollar, er samanliknbare med tilstanden til menneskje som lid av opioidavhengigheit. EMD kom rett nok til at det ikkje var tale om forskjellsbehandling og at klaga måtte avvisast, ettersom både metadon og buprenorfin var forbode å bruke i behandling for alle personar i Russland.⁷⁹ Domstolen synast likevel å opne for at rusavhengige i utgangspunktet har eit vern etter artikkel 14, ettersom tilstanden kan samanliknast med andre helsetilstandar som er omfatta av «annen status».

3.1.4 Likestillings- og diskrimineringslova

Rusavhengigheit er som nemnt ikkje lista opp som eit eige diskrimineringsgrunnlag i ldl. § 6. Til forskjell frå diskrimineringsforboda i menneskerettskonvensjonane, stenger også ordlyden i ldl. § 6 for å innfortolke nye diskrimineringsgrunnlag. I førearbeida til ldl. § 6 har departementet likevel uttalt at rusavhengigheit kan vere omfatta av diskrimineringsgrunnlaget «funksjonsnedsettelse»;

*Rusavhengighet, overvekt og utseendemessige forhold er omfattet av diskrimineringsgrunnlaget funksjonsnedsettelse dersom tilstanden har medført at funksjonsevnen har blitt nedsatt. Det er ikke et krav at rusavhengighet, overvekt eller utseendemessige forhold er forårsaket av en underliggende funksjonsnedsettelse.*⁸⁰

Førearbeida opnar altså for at rusavhengige kan ha eit vern mot diskriminering, så framt rusavhengigheita «har medført at funksjonsevnen har blitt nedsatt». Det blir vidare slått fast at rusavhengigheita ikkje treng å vere forårsaka av ei underliggande funksjonsnedsetting. Førearbeida synast med dette å legge opp til ei vurdering av om rusavhengigheita har ført til ei nedsett, eller anteke nedsett, funksjonsevne eller skuldast ei underliggande funksjonsnedsetting. Det blir ikkje gitt ytterlegare rettleiing til korleis denne vurderinga skal gjerast.

I Diskrimineringsnemnda har det fram til no berre vore éi sak som omhandlar diskrimineringsgrunnlaget funksjonsnedsetting og rusavhengigheit. Saka er frå 2021 og gjaldt

⁷⁹ *Abdyusheva m.fl. mot Russland* [J] 2019, no. 58502/11, 62964/10 og 55683/13, avsn. 138-139

⁸⁰ Prop.81 L (2016-2017), 313

ei kvinne som var tilkallingsvakt i ein barnehage. Etter at det kom fram at ho tidlegare hadde lidd av rusavhengigheit, blei to av vaktene hennar avlyste.⁸¹ Av særleg interesse er det at nemnda konkluderte med at fysisk og psykisk rusavhengigheit var omfatta av «funksjonsnedsettelse». Det blei vist til at dette var slått fast i førearbeida til den tidlegare diskriminerings- og tilgjengelegheitslova av 2008. Det blei derimot ikkje gjort ei eksplisitt vurdering av forholdet mellom rusavhengigheit og funksjonsnedsetting. I førearbeida som nemnda viste til, skriv departementet at:

*Om avhengighet av rusmidler omfattes av begrepet nedsatt funksjonsevne er et annet spørsmål. Etter departementets vurdering kan fysisk og psykisk avhengighet av rusmidler innebære nedsatt funksjonsevne og således omfattes av diskrimineringsvernet. Det vil imidlertid ikke alltid være slik.*⁸²

Utsegna gir uttrykk for at rusavhengigheit ikkje utan vidare er omfatta diskrimineringsvernet, men at det må gjerast ei nærare vurdering av om tilstanden inneber nedsett funksjonsevne. Nemnda si manglande vurdering av samanhengen mellom rusavhengigheit og funksjonsnedsetting har blitt peika på av mellom anna NIM og LDO.⁸³ LDO viser til at problemstillinga kunne vore vurdert i lys av andre kjelder, til dømes føremålsføresegna til likestillings- og diskrimineringslova, CRPD, CRPD-komiteen sine synspunkt og diskrimineringsretten sin dynamiske karakter. Det er følgjeleg uklart kor vidt ein kan leggje til grunn at rusavhengigheit er omfatta av vilkåret om funksjonsnedsetting. Diskrimineringsnemnda sine avgjerder har uansett ikkje like stor rettskjeldevekt som domstolsavgjerder, og spørsmålet bør avklarast av Høgsterett eller lovgivar. I mellomtida er det difor naudsynt å sjå nærare på kva som ligg i kravet om samanheng til funksjonsnedsetting.

3.1.5 Nærare om omgrepet «funksjonsnedsettelse» i ldl. § 6

Syse-utvalet ønskja ikkje å skilje mellom ulike typar funksjonsnedsetting, og uttalte i si utgreiing at diskrimineringsgrunnlaget burde omfatte «både fysiske, psykiske og kognitive funksjoner». Når det gjaldt fysiske funksjonar, blei det vist til rørsle- syns- eller

⁸¹ Likestillings- og diskrimineringsnemnda, avgjerd i klagesak, sak 21/40 (28. januar 2021)

⁸² Ot. prp. nr. 44 (2007–2008), kap. 9.4.8.2, 92

⁸³ NIM, «Rus og menneskerettigheter», 73; Likestillings- og diskrimineringsombudet, «Diskrimineringsretten 2021: Rettsutvikling på likestillings- og diskrimineringsfeltet», 35

høyrefunksjon. Utvalet meinte også at nedsett funksjonsevne omfatta psykiske lidningar som sjukdommar og tilstandar som ikkje har direkte konsekvensar for kognitive funksjonar. Det blei i den samanheng utdjupa at:

Med nedsett psykiske funksjonsevne menes sykdommer og tilstander som regnes som psykiske lidelser men som ikke nødvendigvis medfører svikt i kognitive funksjoner. Nedsett kognitiv funksjonsevne innebærer redusert evne til mentale prosesser som hukommelse, språk, informasjonsbearbeidelse, problemløsning og ervervelse av kunnskap og erfaringer.⁸⁴

Utvalet ønskja heller ikkje å stille krav om ei viss varigheit og alvorsgrad. Det blei likevel framheva at forbigåande og bagatellmessige forhold som ikkje påverka funksjonsevna i nemneverdig grad ikkje bør vere omfatta, som til dømes influensa.⁸⁵ Det blei med dette lagt til grunn ei nokså vid forståing av funksjonsnedsettingsomgrepet, noko departementet også var samde i.⁸⁶ Ei slik vid forståing er i tråd med CRPD sin definisjon i artikkel 1 andre ledd, der det heiter at menneske med nedsett funksjonsevne er:

[...] blant annet mennesker med langvarig fysisk, mental, intellektuell eller sensorisk funksjonsnedsettelse som i møte med ulike barrierer kan hindre dem i delta fullt ut og på en effektiv måte i samfunnet, på lik linje med andre.

Omgrepet «langvarig» i CRPD artikkel 1 andre ledd kan rett nok indikere at ein har lagt til grunn ei noko snevrare forståing av funksjonsnedsetting enn i ordinær lovgiving, ettersom det blir stilt krav om ei viss varigheit. Kor langvarig tilstanden må vere er likevel uklart, og må nok også her vurderast konkret. NIM har på si side uttalt at rusavhengigheit som er av ein slik karakter at det utgjør ei funksjonsnedsetting, vil falle innanfor virkeområdet til CRPD.⁸⁷ I si oppmoding til Noreg frå 2019, uttrykte CPRD-komiteen mellom anna ei bekymring kring det noverande regelverket som opnar for tvangstiltak innan helse- og omsorg og rusrehabilitering.⁸⁸ Dette indikerer at komiteen er av den oppfatning at rusavhengige, i alle fall dei som er så påverka av sin tilstand at dei treng helsehjelp, er omfatta av CRPD.

⁸⁴ NOU 2005: 8, 162

⁸⁵ Ibid, 163

⁸⁶ Ot.prp. nr. 44 (2007-2008), 91-92

⁸⁷ Sjø fotnote nr. 360 i NIM, «Rus og menneskerettigheter», 72

⁸⁸ CRPD-komiteen, Avsluttande merknader til Norges første rapport (2019), avsn. 30 (c)

Kor vidt rusavhengigheit utgjer ei funksjonsnedsetting må etter dette vurderast konkret ut frå varigheit, alvor og kva funksjonssvekkingar det er tale om. I lys av den vide forståinga av funksjonsnedsetting, synast det likevel ikkje å vere ein særleg høg terskel for å kome til at rusavhengigheit inneber ei funksjonsnedsetting. Det må likevel understrekast at diskrimineringsvernet ikkje er avgrensa til menneskjer som *har* ei funksjonsnedsetting. Det sentrale spørsmålet er om diskrimineringa er skjedd *på grunnlag av* ei funksjonsnedsetting, jf. vilkåret om årsakssamanheng mellom forskjellsbehandlinga og diskrimineringsgrunnlaget. Hellum og Strand viser til dømes til at forskjellsbehandling på grunn av at nokon blir anteke for å vere hiv-positive, vil vere omfatta av diskrimineringsforbodet, sjølv om det skulle vise seg at dei ikkje var hiv-positive.⁸⁹

Med omsyn til rusavhengige kan dette skiljet bli problematisk. Som oppgåva seinare vil vise, er det ikkje uvanleg at rusavhengigheit opptrer saman med andre sjukdommar, både psykiske og/eller fysiske. Også rusavhengigheit i seg sjølv kan medføre nedsett funksjonsevne, til dømes i form av redusert evne til mentale prosessar som nemnt over. Det avgjerande spørsmålet blir likevel ikkje om den rusavhengige har ei nedsett funksjonsevne, men om forskjellsbehandlinga har skjedd på grunn av denne. Dersom rusavhengige blir forskjellsbehandla på grunn av stereotypiar om og haldningar til rusavhengige, til dømes at dei er russøkande og manipulerande, er det ikkje klart om forskjellsbehandlinga kan seiast å knyte seg til at vedkommande har ei funksjonsnedsetting. Det er i slike tilfelle meir nærliggande at forskjellsbehandlinga knyt seg til fordommar om rusavhengige sin karakter og veremåte heller enn at dei har ei funksjonsnedsetting. Dermed er det rimeleg å anta at rusavhengige i slike tilfelle ikkje har eit diskrimineringsvern etter ldl. § 6.

⁸⁹ Hellum og Strand, *Likestillings- og diskrimineringsrett* (Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2022), 138

4 Diskriminering og andre materielle rettar

4.1 Samanhengen mellom diskrimineringsvernet og retten til helsetenester

4.1.1 Bakgrunn – rusavhengige meir utsett for sjukdom

Føremålet med denne gjennomgangen er å illustrere rusavhengige sitt behov for eit diskrimineringsvern. Med utgangspunkt i materielle menneskerettar som retten til helse og privatliv, vil oppgåva sjå nærare på den forskjellsbehandlinga rusavhengige synast å oppleve i samband med åtgang til, og kvalitet på, helsetenester.

Som vi har sett er det klart at diskrimineringsvernet etter menneskerettane omfattar både nedsett funksjonsevne og helsetilstand. Diskriminering er særleg kopla til marginaliseringa av ulike grupper, og strukturelle forskjellar i samfunnet kan gjere slike grupper meir sårbare når det kjem til dårleg helse. Det er ofte slik at tradisjonelt diskriminerte og marginaliserte grupper har større helseproblem enn andre. Kontoret for FN sin høgkommissær for menneskerettar (OHCHR) og Verdas helseorganisasjon (WHO) har saman uttalt at ikkje-diskriminering er ein avgjerande faktor i relasjon til retten til helse, og inneber at statane må anerkjenne og imøtekome forskjellar og særlege behov for grupper som er særleg utsette for helseutfordringar, som høgare dødelegheit og risiko for spesifikke sjukdommar.⁹⁰

Forsking viser at rusavhengige har større risiko for fleire og samansette sjukdommar enn det som er vanleg elles i befolkninga, og at dei oftare har somatiske og psykiske lidingar. Som ein konsekvens av rusbruk kan ein pådra seg somatiske sjukdommar som hiv-infeksjon og hepatitt C ved deling av sprøyter, og sår og infeksjonar som følgje av sprøytebruk.⁹¹ Vidare er det ikkje uvanleg at rusavhengigheit opptrer saman med psykiske lidingar. Psykiske lidingar kan utvikle seg som ei følgje av rusavhengigheit, eller motsett. Personar som lid av

⁹⁰ Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and World Health Organization, «Right til Health», Fact Sheet No. 31 (2008)

⁹¹ NOU 2019: 26, 83

rusavhengigheit samtidig som psykiske lidningar, såkalla ROP-lidningar, viser seg å vere særleg utsette når det gjeld risiko for somatisk sjukdom.⁹²

Studiar viser elles at personar med rusavhengigheit har auka dødelegheit, og at dei dør mellom 15 og 20 år tidlegare enn folk flest. Dødelegheita er særleg høg blant personar med ROP-lidningar.⁹³ I Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) sin statusrapport for 2021 kjem det fram at 58 prosent av LAR-pasientar døydde av somatiske årsaker, og at dette er ein aukande trend. Kreft, hjarte- og karsjukdom, lungesjukdom og bakterielle infeksjonar var dominerande blant somatiske dødsårsaker. Det kjem vidare fram at seks prosent av alle innmeldte dødsfall i 2021 var overdosar, men at det er grunn til å anta at også fleire dødsfall skuldast overdose.⁹⁴ Det er ut frå dette klart at rusavhengige er spesielt utsette for helseutfordringar og tidleg død. Dette tilseier at staten bør ha ei særleg plikt til å anerkjenne og imøtekome forskjellar og behov som denne gruppa har, mellom anna i form av eit tilstrekkeleg sterkt diskrimineringsvern i lovgivinga.

4.1.2 Retten til helsetenester etter ØSK artikkel 12

ØSK artikkel 12 er hovudføresegna i den internasjonale reguleringa som gjeld retten til helse, og er utgangspunktet for nyare konvensjonar som gjeld ulike grupper sine særlege behov.⁹⁵ Det følgjer mellom anna av ØSK artikkel 12 at;

1. Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både i fysisk og psykisk henseende.

2. For å oppnå full virkeliggjørelse av denne rettighet, skal konvensjonspartene sette i verk tiltak som er nødvendige for å:

[...]

d) Skape vilkår som trygger alle legebehandling og pleie under sykdom

Artikkel 12 nr. 1 gir uttrykk for medlemslandet sine generelle plikter. ØSK-komiteen har presisert at ansvaret etter artikkel 12 ikkje berre omfattar helsetenester, men ei rekkje sosioøkonomiske føresetnadar.⁹⁶ Det er uttalt at retten til helse «must be understood as a right

⁹² Skarstein et al., «Personer med rusavhengighet blir oftere syke og får dårligere behandling»

⁹³ Ibid

⁹⁴ Bech et al., «Statusrapport 2021: Siste år med gamle LAR-retningslinjer», 46

⁹⁵ Sjå mellom anna KDK artikkel 12, BK artikkel 24 og CRPD artikkel 25.

⁹⁶ ØSK-komiteen, General Comment No. 14 (2000), avsn. 4.

to the enjoyment of a variety of facilities, goods, services and conditions necessary for the realization of the highest attainable standard of health»⁹⁷. ØSK artikkel 12 legg med dette opp til eit nokså omfattande statleg ansvar.

Ordlyden «highest attainable standard of health» (høgast oppnåelege helsestandard) gir likevel tilvising på ein innebygd relativitet i det statlege ansvaret. Kva som er oppnåeleg vil variere mellom statane som har ratifisert konvensjonen. Tanken er at dei fleste statar skal kunne slutte seg til konvensjonen, og at pliktene vil kunne tilpassast den enkelte stat sine ressursar som er av betydning for staten si moglegheit til å realisere krava som følgjer av ØSK. ØSK-komiteen har derimot understreka at ein stat ikkje kan rettferdiggjere manglande etterleving av dei såkalla «core obligations» (kjernepliktene) under noko tilhøve, ettersom desse er ufråvikelege.⁹⁸ Staten si plikt til å sikre retten til tilgang på helsetenester utan diskriminering, særleg med omsyn til sårbare og marginaliserte grupper, er framheva som ei slik kjerneplikt og må difor realiserast straks.⁹⁹

Når det gjeld plikta til å trygge alle legebehandling i artikkel 12 nr. 2 (d), har ØSK-komiteen uttalt at den omfattar;

*Provision of equal and timely access to basic preventive, curative, rehabilitative health services and health education; regular screening programmes; appropriate treatment of prevalent diseases, illness, injuries and disabilities, preferably at community level; the provision of essential drugs; and appropriate mental health treatment and care.*¹⁰⁰

Som nemnt er diskriminering sentralt når det kjem til kvar enkelt sin åtgang til helsetenester i ØSK artikkel 12. Av særleg interesse er dei grunnleggjande AAAQ-krava som ØSK-komiteen utvikla i General Comment No. 14. Det blir her presisert at helsetenester og underliggjande føresetnadar for helse skal vere tilgjengelege, både generelt (available) og for den enkelte (accessible), akseptable (acceptable) og av tilfredsstillande kvalitet (quality).¹⁰¹

I samband med kravet til *accessibility* har ØSK-komiteen uttalt at helse- og omsorgstenester «have to be accessible to everyone without discrimination, within the jurisdiction of the State

⁹⁷ ØSK-komiteen, General Comment No. 14 (2000), avsn. 9

⁹⁸ Ibid, avsn. 5 og 47

⁹⁹ Ibid, avsn. 43

¹⁰⁰ Ibid, avsn. 17

¹⁰¹ Ibid, avsn. 12

Pary». ¹⁰² Det blir framheva at desse tenestene må vere fysisk, geografisk og økonomisk tilgjengelege for alle grupper, og at kravet også inneber retten til å søkje, få og formidle informasjon. ¹⁰³ Kravet til *accessibility* handlar altså om å sikre alle ei reell moglegheit for helsehjelp, og forbodet mot diskriminering står sentralt her. Det er vidare presisert at statane må ha særleg merksemd mot sårbare grupper;

Non-discrimination: health facilities, goods and services must be accessible to all, especially the most vulnerable or marginalized sections of the population, in law and in fact, without discrimination of any of the prohibited grounds. ¹⁰⁴

At ØSK-komiteen har bedt Noreg om å betre kvaliteten og tilgjengelegheita av hjelpetiltak og spesialiserte helsetenester for rusavhengige, tyder difor på at rusavhengige utgjør ei sårbar gruppe som ØSK-komiteen meiner staten må rette særleg merksemd mot. ¹⁰⁵ Om kravet til *acceptability* har ØSK-komiteen uttalt at helsetenester og føresetnadane for helse «must be respectful of medical ethics and culturally appropriate», altså utformast med respekt for mellom anna medisinsk etikk. Kravet inneber også at tenester skal ha ein akseptabel standard med omsyn til ulike grupper sine særlege behov. Det omfattar vidare krav til respekt og omtanke for pasienten, slik som innhenting av gyldig informert samtykke og respekt for privatliv. ¹⁰⁶ Til sist har vi kravet til *quality*, der ØSK-komiteen framhevar at helsetenester og føresetnadane for helse «must also be scientifically and medically appropriate and of good quality» ¹⁰⁷. Dette inneber mellom anna at ansvarleg helsepersonell pliktar å ha naudsynte kvalifikasjonar og halde seg fagleg orientert og oppdatert på sitt fagfelt.

4.1.3 Rett til helsetenester etter EMK artikkel 8?

Det følgjer av EMK artikkel 8 nr. 1 at «enhver har rett til respekt for sitt privatliv [...]». EMD har presisert at kjernen i omgrepet privatliv er den personlege, både fysiske og psykiske, integritet. ¹⁰⁸ Når det gjeld åtgang til helsetenester, har EMD vore varsam med å utvide artikkel 8 slik at ein pålegg medlemsstaten bruk av omfattande statlege resursar. Som

¹⁰² Ibid, avsn. 12 (b)

¹⁰³ Ibid, avsn. 12 (b) (ii) – (iv)

¹⁰⁴ Ibid, avsn. 12 (b) (i)

¹⁰⁵ ØSK-komiteen, Concluding observations on the sixth periodic report of Norway (2020), avsn 42-43

¹⁰⁶ Aasen, «Menneskerettigheter på helse- og omsorgsfeltet – oversikt og innledning», 35

¹⁰⁷ ØSK-komiteen, General Comment No. 14 (2000), avsn. 12 (d)

¹⁰⁸ *Von Hannover mot Tyskland* [J] 2004, no. 59320/00, avsn. 50

tidlegare nemnt rettar EMK seg først og fremst rettar seg mot sivile og politiske rettar, og ikkje retten til helse.

I til dømes *Abdyusheva m.fl. mot Russland* viste EMD til at staten har ein vid skjønnsmargin i spørsmål om folkehelse, og at staten var betre eigna til å fastsetje politikk på eit så sensitivt område som medisinsk behandling av opioidavhengige. Det blei også presisert at det ikkje er opp til domstolen å vurdere effektiviteten av behandlingsmetodar for avhengigheit. EMD konkluderte med at den manglande åtgangen til behandling med metadon eller buprenorfin for opioidavhengige ikkje var i strid med artikkel 8.¹⁰⁹ Som tidlegare nemnt blei det også konkludert med at det ikkje var brot på diskrimineringsforbodet i artikkel 14 heldt saman med artikkel 8.¹¹⁰

At staten ikkje har ei plikt etter artikkel 8 til å føre noko spesiell helsepolitikk følgjer også av *Shelley mot Storbritannia*, som omhandla ei avgjerd frå britiske styresmakter om å ikkje implementere eit program om byte av nåler for rusavhengige i fengsel. EMD fant heller ikkje her at det var brot på artikkel 14 heldt saman med artikkel 8. Det blei vist til at forskjellane mellom tiltaka i fengselet og i samfunnet elles (der ein hadde åtgang til eit program for å byte nåler) falt innanfor staten sin skjønnsmargin og oppfylte vilkåra om føremål, saklegheit og høvelegheit.¹¹¹

Dei nemnde avgjerdene illustrerer at EMD har vore langt meir varsam enn ØSK-komiteen med å pålegge statane ei plikt til å sørgje for lik åtgang til, og kvalitet på, helsetenester.

4.1.4 Mangelfull behandling av rusavhengige

I Noreg kan helsetenester til rusavhengige generelt reknast for å vere nokså gode.¹¹² Ei rekkje kjelder tyder likevel på at rusavhengige opplever mangelfull behandling og mindre tilgjengelegheit til både primær- og spesialisthelsetenesta.

Noko som går igjen er mangelen på tilstrekkeleg kartlegging og utgreiing. I to landsomfattande tilsyn i 2017-2018 med tenester til personar med ROP-lidingar, fant Helsetilsynet at det både i kommunar og DPS var betydeleg hol i grunnlagsarbeidet.

¹⁰⁹ *Abdyusheva m.fl. mot Russland* [J] 2019, no. 58502/11, 62964/10 og 55683/13, avsn. 130-132

¹¹⁰ *Ibid*, avsn. 138-139

¹¹¹ *Shelley mot Storbritannia* [J] 2008, no. 23800/06

¹¹² NOU 2019: 26, 89

Mangelfull kartlegging av pasientane sin rusmiddelbruk og for lite vektlegging av somatisk helse var dømer på dette. Helsetilsynet framheva også manglar i planmessigheit med uønskte variasjonar i tenestetilbod og oppfølging, noko som medfører at brukarar og pasientar ikkje blir sikra likeverdige helsetenester. Vidare var det uklarleik i oppgåve- og ansvarsfordeling, både kommunalt og i spesialisthelsetenesta. Helsetilsynet konkluderte med at funna viste alvorlege svakheiter i styring og leiing, og at leiinga ikkje hadde sikra kvalitativt gode tenestetilbod til alle brukarar og pasientar.¹¹³

Mykje tyder også på at personar med rusavhengigheit og somatisk sjukdom får mindre åtgang på reseptlagde legemiddel enn andre med tilsvarande sjukdommar. Høye og Lien viser mellom anna til ei undersøking frå Storbritannia, USA, Canada og Australia, der personar med psykiske og rusrelaterte lidingar fekk langt færre reseptar enn personar som ikkje hadde slike lidingar.¹¹⁴ Under LAR-behandling er det i utgangspunktet berre Metadon og buprenorfin som er anbefalte legemiddel.¹¹⁵ Dette inneber at for alle LAR-pasientar blir andre medikament i utgangspunktet fråråda, og ofte vurdert som uforsvarleg om det til dømes er gitt av fastlegen. LAR-pasientar fortel også at dei nesten ikkje får smertestillande medikament under til dømes operasjonar.¹¹⁶

Det er også fleire som har kritisert praktiseringa av LAR-forskrifta og tilhøyrande retningslinje for å ikkje vere i tråd med den enkelte sin rett til ei konkret og individuell vurdering. Retten er lovfesta i pbrl. § 3-1 og har nær samanheng med ØSK artikkel 12, særleg gjennom kravet til *acceptability* og omsyna til samtykke og autonomi. Generalsekretær i Norsk pasientforening, Tove Hanche-Olsen, har til dømes uttalt at «Det er null brukarmedvirkning. Dette er et regelstyrt og rigid opplegg som er lite individuelt tilpasset. Prinsippet er at one size fits all».¹¹⁷ I 2022 blei det rett nok publisert ei ny fagleg retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengigheit, som erstattar den tidlegare retningslinja frå 2010. Ifølgje Helsedirektoratet inneber dei nye retningslinjene mellom anna auka grad av brukarmedverknad, individuelle vurderingar og fleire legemiddel i LAR. Retningslinjene oppmodar mellom anna til at kartlegging av pasientane sin bruk av

¹¹³ Helsetilsynet, «Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse», 16-17

¹¹⁴ Høye og Lien, «Somatisk sykdom og levevaner», 138

¹¹⁵ Helsedirektoratet, «Nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet»

¹¹⁶ Fjellidalen et al., «Pasienter til massesøksmål mot staten.» NRK. 21.03.2021.

<https://www.nrk.no/norge/xl/pasienter-til-massesoksmal-mot-staten-1.15401327>

¹¹⁷ Ibid

rusmiddelbruk primært bør gjerast gjennom observasjon og dialog med pasienten.¹¹⁸ Kor vidt dei nye retningslinjene medfører at behandlinga av LAR-pasientar reint faktisk blir meir individuelt tilpassa og brukarstyrt, er for tidleg å seie noko om.

Når det gjeld rusavhengige sin tilgjengelegheit til helsetenester, kjem det mellom anna fram av FHI sin rapport om erfaringar med LAR frå 2020 at stigma i samfunnet og blant helsepersonell kan vere ein barriere for rusavhengige til å starte eller halde fram med LAR.¹¹⁹ Mange opplever også at kriminalisering av personar som brukar narkotika fungerer som ein barriere for å søkje helsehjelp. Rusreformutvalet uttalte mellom anna at rusbrukarar planlegg livet sitt for å unngå kontakt med politiet og avgrensar sin bruk av offentlege rom og nærliggande hjelpetiltak av frykt for å bli utsett for inngrep frå politiet. Det blei også vist til ei studie som indikerer at personar som brukar narkotika har større tillit til helsetenester i land der det blir ført ei mindre restriktiv politikk overfor narkotikabrukarar. I ei svensk undersøking svarte 40 prosent at dei ville utsetje å kontakte medisinske nødtenester, eller ikkje under noko tilhøve ville kontakte slike tenester, dersom det skjedde ei narkotikarelatert medisinsk nødssituasjon.¹²⁰

Dei nemnde tilhøva tyder på at rusavhengige får dårlegare legebehandling enn andre, og at det eksisterer fleire barrierar som gjer helsetenester mindre tilgjengelege for denne gruppa. At det i tillegg er tale om ei elles sårbar og stigmatisert gruppe i samfunnet, som har større risiko for sjukdom og død, gjer at ein kan stille spørsmål ved om staten si plikt til å tryggje alle legebehandling utan diskriminering etter ØSK artikkel 12 heldt saman med ØSK artikkel 2 nr. 2 er oppfylt. Dette underbyggjast av ØSK-komiteen si oppmoding om å betre kvaliteten og tilgjengelegheita av helsetenester til rusavhengige i Noreg.¹²¹ Uansett tyder det ovanfor nemnde på at rusavhengige har behov for eit særskilt vern mot diskriminering på lik linje med dei andre diskrimineringsgrunnlaga som følgjer av diskrimineringsforboda i både menneskerettskonvensjonane og ldl. § 6.

¹¹⁸ Helsedirektoratet, «Nasjonale faglige retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet»

¹¹⁹ Steiro et al., «Erfaringer blant pasienter og helsepersonell med legemiddelassistert rehabilitering (LAR)», 43

¹²⁰ NOU 2019: 26, 255

¹²¹ ØSK-komiteen, Concluding observations on the sixth periodic report of Norway (2020), avsn 42-43

4.2 Samanhengen mellom forbodet mot diskriminering og bruk av tvang

4.2.1 Bruk av tvang etter EMK artikkel 8

Som vi ser er det fleire som har kritisert LAR-behandlinga for å vere lite individtilpassa og brukarstyrt. Det er også stilt spørsmål ved om praktiseringa av kontrolltiltak, særleg åtgangen til å ta urinprøvar, utgjør eit inngrep i retten til privatliv i EMK artikkel 8.¹²² Problemstillinga har i tillegg samanheng med kravet til *acceptability* som kan utleiast av ØSK artikkel 12. ØSK-komiteen har som tidlegare nemnt uttalt at dette omfattar krav til respekt og omtanke for pasienten, som til dømes innhenting av gyldig informert samtykke og respekt for privatliv.

EMD har slått fast at sjølv det minste inngrepet i den enkelte sin fysiske integritet vil vere eit inngrep i artikkel 8 dersom det involverer bruk av tvang.¹²³ Retten til privatliv kan likevel avgrensast dersom inngrepet oppfyller vilkåra om lov, føremål og høvelegheit, jf. artikkel 8 nr. 2. Det har vore fleire saker i EMD som omhandlar helsetenester og bruk av tvang. EMD har mellom anna funne at relativt små medisinske testar utført utan samtykke frå pasienten, som er obligatoriske eller autorisert ved ei rettkjenning, kan utgjere eit rettmessig inngrep i artikkel 8. I til dømes *Peters mot Nederland* hevda klagaren at ei plikt til å gi urinprøvar til fengselet for å teste dei for narkotika utgjorde eit brot på hans rett til privatliv etter artikkel 8. Kommisjonen fant at det var tale om eit inngrep i artikkel 8, men at det oppfylte inngrepsvilkåra i andre ledd og at retten til privatliv ikkje var krenka.¹²⁴

Etter *Abdyusheva mfl. mot Russland* har ikkje staten ei menneskerettsleg plikt til å sikre åtgang til legeassistert metadon- eller buprenorfinbehandling mot opioidavhengigheit. NIM har uttalt at dette i eit «frå det meir til det mindre perspektiv» kan tilseie at staten står relativt fritt i å utforme behandlingstilbodet i LAR, og at eventuelle vilkår for behandlinga ikkje er å rekne som inngrep. Det kan også stillast spørsmål ved om pasienten sitt samtykke til behandlinga inneber at ein har gitt avkall på rettane etter EMK artikkel 8. Dette krev likevel at

¹²² Sjå mellom anna NIM, «Rus og menneskerettigheter», 46-47

¹²³ *Storck mot Tyskland* [J] 2005, no. 61603/00, avsn. 143

¹²⁴ *Peters mot Nederland* [C] 1994, no. 21132/93

samtykket er informert og basert på fullstendig kunnskap om faktum.¹²⁵ NIM uttalar i den samanheng at

«[s]pørsmålet er hvor fritt et samtykke er der det er tale om livreddende behandling, og hvor informert samtykket er der behandlingen kan være livslang. Det kreves dessuten visse sikkerhetsmekanismer avhengig av hvilken rett det skal gis avkall på. Disse elementene taler for at EMK artikkel 8 kommer til anvendelse.»¹²⁶

I relasjon til diskrimineringsforbudet i artikkel 14 er det ikkje naudsynt at det ligg føre ei krenking av artikkel 8 ved bruk av tvang. Det avgjerande er kor vidt forholdet fell inn under bruksområdet til artikkel 8, altså om det er tale om eit inngrep i privatlivet, og dermed om det ligg føre diskriminering etter artikkel 14. I den samanheng må det også vurderast kor vidt forskjellsbehandlinga er rettkomen. Som vi har sett skal det likevel lite til for at bruk av tvang er omfatta av artikkel 8.

4.2.2 Bruk av tvang i norsk helselovgivning og LAR-forskrifta

I norsk helselovgivning er det eit gjennomgåande føremål å verne om den enkelte sin integritet og verdigheit, noko som samsvarar med menneskerettslege verdiar og krav. I psykisk helsevernlova heiter det til dømes at «[d]et er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang», jf. § 1-1 første ledd siste setning. I helseretten er det lagt til grunn eit mindre strengt tvangsomgrep enn i strafferetten, og tvang blir rekna for å ligge føre ved fråværet av gyldig informert samtykke frå den som blir utsett for eit inngrep.¹²⁷

Hovudregelen om gyldig samtykke følgjer av pbrl. § 4-1. At samtykket er gyldig føreset at det er informert, altså at pasienten har fått naudsynt informasjon om sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa, jf. pbrl. § 4-1 første ledd andre setning. Dette inneber informasjon om føremål, metodar, ventande fordelar og moglege konsekvensar i samband med tiltaket.¹²⁸

Hovudregelen om gyldig samtykke kan ikkje fråvikast med mindre det ligg føre lov eller anna gyldig rettsgrunnlag som opnar for det. Ei sentral avveging vil vere staten si plikt til å verne

¹²⁵ Sjø mellom anna *Boze mot Latvia* [J] 2017, no. 40927/05, avsn. 69

¹²⁶ NIM, «Rus og menneskerettigheter», 46-47

¹²⁷ Aasen, «Forsvarlighet og menneskerettigheter», 80-82. Det strafferettslege tvangsomgrepet er skildra i straffelova § 251

¹²⁸ Ot.prp.nr.12 (1998–1999), 80

om den enkelte sitt liv og helse på den eine sida, og den enkelte sin rett til respekt for sjølvbestemming og privatliv på den andre.¹²⁹

I 2009 blei det publisert ei eiga forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskrifta), med heimel i sphi. § 3-16 og helsepersonellova (hpl) § 11. Helse- og omsorgsdepartementet meinte at det var naudsynt å gi ei eiga forskrift, særleg grunna åtgangen til å krevje urinprøvar under LAR. Kontrollen var etter retningslinjene basert på eit førehandssamtykke av pasientane. Departementet uttalte at «[d]et kan stilles spørsmål ved den reelle frivilligheten ved slike samtykker», og meinte difor at åtgangen til kontrolltiltak, som å ta urinprøvar, burde heimlast i forskrift.¹³⁰

Det følgjer i dag av LAR-forskrifta § 8 første ledd at «[I]ege i spesialisthelsetjenesten kan beslutte at pasienten skal avlegge urinprøve, blodprøve og prøver av annet biologisk materiale», og at «[d]et kan besluttes at prøvene skal avlegges under påsyn». Føremålet er å få oversikt over pasienten sitt legemiddelinntak og rusmiddelbruk, og urinprøvar kan vurderast der dette er naudsynt for ei fagleg forsvarleg oppfølging av pasienten.¹³¹ Praktiseringa av LAR-forskrifta skal gjerast i tråd med fagleg retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengigheit. Som tidlegare nemnt kom det ei ny retningslinje i 2022, som ifølgje Helsedirektoratet mellom anna skal bidra til auka grad av brukarmedverknad og individuelle vurderingar. Det skal mellom anna gjerast ei individuell vurdering av om urinprøvar er naudsynt.¹³²

4.2.3 Situasjonen for rusavhengige under LAR

Det er godt dokumentert at LAR har positive effektar når det kjem til rusavhengige si helse. I SERAF sin statusrapport frå 2021 kjem det til dømes fram at meir enn halvparten av pasientane viser god rusmestring med lite bruk av rusmidlar, og overdosedødelegheita er sterkt redusert under LAR samanlikna med dei som ikkje er i behandling.¹³³ Til trass for gode effektar når det kjem til rusavhengige si helse, stiller LAR-behandlinga visse vilkår som kan gå utover den enkelte sitt privatliv. Oppmøteplikt for ei ofte livslang behandling kan avgrense

¹²⁹ Aasen, «Forsvarlighet og menneskerettigheter», 82

¹³⁰ Ot.prp. nr. 53 (2006–2007), 44

¹³¹ NIM, «Rus og menneskerettigheter», 43

¹³² Helsedirektoratet, «Nasjonale faglige retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet»

¹³³ Bech et al., «Statusrapport 2021: Siste år med gamle LAR-retningslinjer», 38 og 46

vedkommende si moglegheit for livsutfalding, og faste urinprøvar for å kontrollere rusinntak kan opplevast inngripande.

Advokatfullmektig Synne Bernhardt peiker mellom anna på at mange pasientar som har blitt innlemma i LAR har måtte skrive under på avtalar der dei ved å seie ja til livsnødig behandling, også har måtte førehandssamtykke til at dei livet ut skal kunne påleggast nedverdige, audmjukande og livsavgrensande kontrolltiltak. Ho fortel om ein praksis der pasienten stadig blir kontrollert med til dømes krenkande urinprøver som ofte må takast under påsyn, samt restriktive henteordningar som avgrensar moglegheita til eit meir normalt liv.¹³⁴

Ein pasient fortalte i 2021 at ho kvar dag dei siste fem åra måtte vere heime for å drikke Metadon under påsyn av heimesjukepleia. Spesialisthelsetenesta kravde no at ho tok urinprøve under påsyn, og at ho måtte trappe ned på Metadon viss ikkje. Dette sjølv om heimesjukepleia kunne stadfeste at ho hadde vore stabil i fem år.¹³⁵ Ei undersøking av LAR-pasientar frå 2021 tyder på at det er fleire pasientar som har vore lenge i LAR og som opplever strenge urinprøvekontrollar. I undersøkinga har det store fleirtalet vore i LAR i over åtte år, ser ut til å vere godt rehabilitert og brukar lite rusmidlar. Likevel svarar to tredjedelar at dei framleis tek urinprøvar. Det kjem fram at rundt ein tredjedel av desse tek urinprøvar ein gong i veka, og at rundt ein tredjedel tek urinprøvar ein eller to gonger i månaden. Vidare peiker rapporten på at urinprøvar oftast blir teke under overvaking, altså at helsepersonell observerer brukaren medan prøven blir teken. Det kjem også fram at mange opplever prosedyren som svært nedverdige.¹³⁶ Dette tyder på at det er særleg praksisen knytt til LAR-forskrifta som er problematisk, og at den fram til no har båret lite preg av å vere individuelt tilpassa dei ulike pasientane og deira utvikling under behandlinga.

Den nemnde undersøkinga tilseier også pasientane opplever liten grad av brukarmedverknad. Ved spørsmål om kva pasientane trur er føremålet med urinprøvar, svarte 22 prosent at prøvane ikkje har noko hensikt, 24 prosent at det er eit krav frå LAR/fastlege eller andre, og ein tredjedel at dei kjenner seg tvungne eller pressa til å ta urinprøvar.¹³⁷ Det kjem vidare fram at mange av pasientane har svært låg tillit til LAR-systemet, at dei opplever lite medverknad

¹³⁴ Bernhardt, «-Alle andre pasienter kan oppsøke legevakten ved akutte kriser, men ikke rusavhengige med abstinenser.» Advokatbladet. 03.10.2022. <https://www.advokatbladet.no/alle-andre-pasienter-kan-oppsoke-legevakten-ved-akutte-kriser-men-ikke-rusavhengige-med-abstinenser/184156>

¹³⁵ Fjellidalen, «LAR-pasient til sak mot staten.» NRK. 02.08.2021. <https://www.nrk.no/norge/gunn-linda-bentsen-mener-lar-behandler-henne-umenneskelig-1.15590197>

¹³⁶ Welle-Strand et al., «861 brukere – om LAR i Norge», 41

¹³⁷ Ibid, 42

og at dei kjenner seg makteslause i møte med systemet. Fire av ti svarte at dei ønska å slutte i LAR, i hovudsak fordi dei opplever det som eit rigid system. Andre grunnar var biverknadar av medisin, henteordningar og at medisinane ikkje fungerer lenger.¹³⁸

Som tidlegare nemnt har både helse- og omsorgsdepartementet og NIM stilt spørsmål ved kor vidt eit samtykke til LAR-behandling i realiteten er frivillig og godt nok informert. Når praktiseringa av LAR-forskrifta i tillegg synast å gå på kant med pasientane sin rett til individuell vurdering og brukarmedverknad, tyder dette på at kontrolltiltaka dei blir pålagt står i eit problematisk forhold til retten til privatliv i EMK artikkel 8. At CRPD-komiteen har uttrykt bekymring over det noverande regelverket som opnar for det dei omtalar som «tvangstiltak» innan rusrehabilitering underbyggjer dette synspunktet. EMD har rett nok ikkje teke stilling til om vilkår for LAR-behandling utgjer eit inngrep i retten til privatliv etter EMK artikkel 8. EMD har likevel kome til at ein innsett si plikt til å gi urinprøvar for narkotikatesting utgjorde eit inngrep i privatlivet, noko som talar for at føresegna kjem i bruk også her.¹³⁹

Som oppgåva har vist tyder praksis frå EMD på at rusavhengige kan ha eit diskrimineringsvern etter EMK artikkel 14. Føresett at forholdet fell inn under EMK artikkel 8 sitt bruksområde, og den rusavhengige er omfatta av «annen status», må det mellom anna vurderast om det er tale om ei forskjellsbehandling. Tilhøva nemnt ovanfor tyder på at rusavhengige under LAR-behandling blir pålagt kontrollar og restriksjonar som ikkje andre som får frivillig helsehjelp blir, og at rusavhengige har mindre sjølvbestemingsrett under LAR enn det andre samtykkekompetente pasientar har under andre behandlingsprogram. Praktiseringa av kontrolltiltak og liten grad av sjølvbestemming viser også at LAR-behandlinga står i eit problematisk forhold til retten til helsetenester i ØSK artikkel 12 heldt saman med diskrimineringsforbodet i ØSK artikkel 2 nr. 2. I likskap med gjennomgangen i punkt 4.1, tilseier det ovanfornemnde at rusavhengige har behov for eit særskilt diskrimineringsvern.

¹³⁸ Ibid, 50

¹³⁹ *Peters mot Nederland* [C] 1994, no. 21132/93, omtalt i punkt 4.2.1

5 Har rusavhengige eit godt nok diskrimineringsvern?

5.1 Behovet for diskrimineringsvern

Som oppgåva har vist opplever rusavhengige å bli forskjellsbehandla i samband med åtgang til, og kvalitet på, helsetenester. Rusavhengige utgjer samstundes ei identifiserbar gruppe som er sårbar og marginalisert, og som har større risiko for sjukdom og død enn andre i befolkninga. Det er følgjeleg nærliggande å leggje til grunn at rusavhengige har behov for eit særskilt vern mot diskriminering på lik linje med dei andre diskrimineringsgrunnlaga som følgjer av diskrimineringsforboda i både menneskerettskonvensjonane og Ildl. § 6.

For menneskerettskonvensjonane sitt tilfelle opnar samlekategoriene «annen status», «status for øvrig» og «stilling for øvrig» for at rusavhengigheit kan innfortolkast i diskrimineringsforboda. Til forskjell er det i Ildl. § 6 ein føresetnad at forskjellsbehandlinga skjer på grunn av den rusavhengige sin «funksjonsnedsettelse». Ei slik avgrensing tilseier i utgangspunktet at forskjellsbehandling på grunn av haldningar og fordommar om rusavhengige ikkje er omfatta av diskrimineringsvernet. Kor vidt dette også skal gjelde etter Grl. § 98, avhenger av kva tolking som blir lagt til grunn. Dersom det viser seg at forskjellsbehandling av rusavhengige kan seiast å skje på grunn av negative haldningar og fordommar, tyder dette uansett på at dagens diskrimineringsvern i ordinær rett ikkje er godt nok.

5.1.1 Negative haldningar til rusavhengige

Forskning tyder på at negative haldningar til rusbrukarar blant helsepersonell kan vere ein medverkande faktor for underbehandling. Det er mellom anna peika på at rusavhengigheit kan bli sett på som meir sjølvforskyldt enn andre sjukdommar, som til dømes hjartesvikt. Dette sjølv om hjartesvikt kan vere eit resultat av røyking, overvekt og lite aktivitet som også kan seiast å vere sjølvforskyldt.¹⁴⁰ Det blir også vist til at behovet for oppfølging av fysisk sjukdom og ivaretaking av eigenomsorga kan neglisjerast, og at tiltak for å førebygge

¹⁴⁰ Vervada et al., «Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling»

somatisk sjukdom kan utsetjast eller prioriterast ned fordi ein tenkjer at rusavhengigheita og/eller den psykiske lidinga må behandlast først.¹⁴¹ Legeforeningen si arbeidsgruppe nemner mellom anna at det er lett for helsepersonell å tenke at situasjonen til pasienten er så komplisert at innsatsen må rettast mot dei psykiske symptoma, og at det ikkje er like viktig med dei kroppslege sjukdommane. Det blir i den samanheng peika på at ein føresetnad om at pasientane har låg livskvalitet kan gi redusert fokus på auka levetid.¹⁴²

Det er vidare framheva at helsepersonell sine haldningar kan påverke rusavhengige sin åtgang til smertelindring, ved at ein ser på det som russøkande åtferd. I utanlandske studiar har sjukepleiarar skildra pasientar med rusavhengigheit som manipulerande, og dei uttrykte frykt for å bli lurt.¹⁴³ I ei studie utført ved fire norske sjukehus, svarte fleirtalet av sjukepleiarane og ein sjettedel av legane at dei følte seg manipulerte av opioidavhengige pasientar. Berre eit mindretal trudde på pasientane sin smerteforbidling.¹⁴⁴

Det kan vere vanskeleg å vite om det er manglande kunnskap eller negative haldningar som er bakgrunnen for ulik behandling av rusavhengige og andre, men forskning tyder på at det er ei nær kopling mellom dei to. Det er i den samanheng viktig å understreke at smertelindring av rusavhengige kan vere krevjande, ettersom opioidavhengigheit stimulerer nevropsykologiske, atferdsmessige og sosiale responsar, som igjen forsterkar smerteopplevinga og gjer det vanskeleg med adekvat smertelindring.¹⁴⁵ Vervada, Hansen og Larsen meiner mellom anna at meir kunnskap blant sjukepleiarar om smertesensitiviteten til pasientar med rusavhengigheit bidreg til å redusere negative haldningar.¹⁴⁶ Skarstein og Tanum peiker i likskap på manglande kunnskap og fagleg forståing av kva god omsorg inneber, og hevdar at fagleg kompetanse om psykisk helse, rus og avhengigheit bør brukast i større grad.¹⁴⁷

I FHI sin rapport om erfaringar med LAR frå 2020 er det også peika på manglande kompetanse blant helsepersonell, til dømes i å vurdere og handtere risiko, og at dette påverka pasientane si tilfredse med behandlinga og behandlingstilbod, samt helsepersonell sine opplevingar av LAR-pasientar og LAR-systemet. Både pasientar og helsepersonell

¹⁴¹ Skarstein et al., «Personer med rusavhengighet blir oftere syke og får dårligere behandling»

¹⁴² Kroken et al., «Bedre helse og lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse», 16

¹⁴³ Vervada et al., «Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling»

¹⁴⁴ Li et al., «Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus», 257

¹⁴⁵ Ibid, 253

¹⁴⁶ Vervada et al., «Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling»

¹⁴⁷ Skarstein et al., «Personer med rusavhengighet blir oftere syke og får dårligere behandling»

identifiserte behov for auka kunnskap og kompetanse blant helsepersonell. Helsepersonell som mangla kunnskap, gjerne uttrykt gjennom stigmatiserande haldningar, var ofte ikkje villige til å tilby LAR. Helsepersonell med kunnskap derimot, var ofte entusiastiske og oppmuntra andre til å tilby behandling.¹⁴⁸

Det som er nemnt ovanfor gir klare indikasjonar på at mindre åtgang og dårlegare kvalitet på helsetenester blant rusavhengige skjer til dels på grunn av negative haldningar og manglande kunnskap, noko som i utgangspunktet ikkje synast å falle inn under vilkåret «funksjonsnedsettelse» i ldl. § 6. Dette tyder på at rusavhengige som opplever forskjellsbehandling innan helsetenester risikerer å ikkje vere verna mot diskriminering etter ordinær rett, noko som er uheldig ettersom menneskerettskonvensjonane og GrL § 98 synast å opne for eit meir omfattande diskrimineringsvern.

5.2 Alternativ til eit sterkare diskrimineringsvern

5.2.1 Diskusjonen om samlekategori

Det har vore omdiskutert kor vidt diskrimineringsforbodet i ldl. § 6 bør innehalde ein samlekategori, særleg i lys av måten diskrimineringsforboda er utforma etter menneskerettane. Under arbeidet med dagens likestillings- og diskrimineringslov, gjekk fleirtalet i diskrimineringslovutvalet inn for å innføre kategorien «lignende vesentlige forhold ved en person».¹⁴⁹ I si utreiing la fleirtalet særleg vekt på behovet for ein fleksibel regel, og at føremålet med ein samlekategori er å ha ei norm som kan fange opp grensetilfelle av eller tilfelle som har likskapar med diskrimineringsgrunnlaga som er lista opp, eller tilfelle som det vil vere støytande å halde utanfor vernet. Det blei mellom anna vist til at framtidige behov kan oppstå ved endringar i samfunnsforholda, som fører til at vi får nye grupper som er særleg utsett.¹⁵⁰

Vidare peika fleirtalet på at det i praksis vil bli eit todelt vern dersom den norske lovgivinga opererer med ei uttømmende liste og menneskerettskonvensjonane med ein open samlekategori, noko Hellum og Strand også har framheva etter vedtakinga av dagens lov.¹⁵¹

¹⁴⁸ Steiro et al., «Erfaringer blant pasienter og helsepersonell med legemiddelassistert rehabilitering (LAR)», 43

¹⁴⁹ NOU 2009: 14 punkt 13.4.7, 164-167

¹⁵⁰ Ibid, 165

¹⁵¹ Sjø oppgåva sitt punkt 2.2.1

Sjølv om menneskerettskonvensjonane er gjennomført i norsk rett, var det ifølgje fleirtalet uklart kor langt desse diskrimineringsforboda rakk, og kva grunnlag som kunne omfattast av dei. Fleirtalet viste også til at andre grupper enn dei som er verna gjennom lista av diskrimineringsgrunnlag kunne ha eit behov for diskrimineringsvern, særleg dei som ikkje er så synlege eller store og som ikkje har sterke interesseorganisasjonar eller talspersonar som kan tale deira sak. Ved ei uttømmmande liste i lovgivinga, må desse gruppene gå den lange vegen om ei lovending for å få eit diskrimineringsvern i framtida.¹⁵²

Departementet konkluderte likevel med at lovgivinga si liste over diskrimineringsgrunnlag skulle vere uttømmmande, slik at ein samlekategori ikkje blei innført. I proposisjonen blei det rett nok peika på at;

*Mange kan utsettes for usaklig forskjellsbehandling på grunn av forhold som har fellestrekk med de opplistede diskrimineringsgrunnlagene, men som likevel ikke har beskyttelse gjennom loven. Dette kan for eksempel være forskjellsbehandling som skjer på grunn av sosial opprinnelse, tidligere rusmisbruk eller overvekt. Det kan derfor hevdes at en samlekategori ville gitt et mer fleksibelt og fremtidsrettet diskrimineringsvern.*¹⁵³

Noko som er interessant med denne utsegna er at «tidligere rusmisbruk» blir nemnt som eit forhold som ikkje vil ha vern gjennom lova. Sett i lys av at Diskrimineringsnemnda slo fast at tidlegare rusavhengigheit er omfatta av «funksjonsnedsettelse» i sak 21/40 og lova eksplisitt vernar «tidligere» forhold, jf. ldl. § 6 andre ledd, synast det noko underleg at departementet var av ei slik forståing. Om ikkje anna illustrerer det at rusavhengige sitt diskrimineringsvern har vore, og framleis er, uklart, noko som underbyggjer synspunktet om at ein samlekategori ville vore hensiktsmessig i alle fall for denne gruppa.

Grunngjevinga for å likevel ikkje innføre ein samlekategori var ifølgje departementet at «[e]n diskrimineringslov med samlekategori vil bli langt mer uforutsigbar og utydelig enn en lov som uttømmende angir hvilke diskrimineringsgrunnlag som er vernet».¹⁵⁴ Ei uttømmmande lov er forbunde med ivaretaking av omsynet til rettstryggleik og førehandvise, både for den som hevdar seg diskriminert og den som blir hevda å ha diskriminert. Departementet uttalte vidare at fleire forhold som fell inn under «annen status» i EMK artikkel 14, uansett vil ha eit

¹⁵² NOU 2009: 14 punkt 13.4.7, 165

¹⁵³ Prop. 81 L (2016-2017) punkt 11.9.6, 96

¹⁵⁴ Ibid, 97

uttrykkeleg diskrimineringsvern etter ordinær lovgiving, som til dømes nedsett funksjonsevne og seksuell orientering. Det blei difor hevda at behovet for ein samlekategori var mindre enn i menneskerettskonvensjonane.¹⁵⁵

Sett i lys av at diskrimineringsretten er utprega dynamisk og behovet for diskrimineringsgrunnlag vil kunne endre seg over tid, noko som også er peika på i førearbeida til Grl. § 98, kan det stillast spørsmål ved om det i lovarbeidet blei lagt for stor vekt på omsynet til rettstryggleik og førehandsvisse. Det er i forlenginga av dette interessant at det i føremålsføresegna i ldl. § 1 blei sett inn samlekategorien «andre vesentlige forhold ved en person». Føremålsføresegna synast med dette å legge opp til eit meir omfattande vern enn diskrimineringsforbodet i ldl. § 6. I innstillinga kjem det fram at dette hadde til hensikt å støtte Diskrimineringslovutvalet sitt forslag om samlekategori.¹⁵⁶ Det blei derimot ikkje diskutert kva som er den nærare samanhengen mellom opplistinga av diskrimineringsgrunnlag i føremålsføresegna og i ldl. § 6, noko som ifølgje Hellum og Strand skapar ein uklar situasjon som bør sjåast nærare på av lovgivar.¹⁵⁷

5.2.2 Rusavhengigheit som eige lovtilkår

Eit anna alternativ er å setje inn rusavhengigheit som eit eige diskrimineringsgrunnlag i ldl. § 6, og slik sikre at alle tilfelle av forskjellsbehandling er omfatta av diskrimineringsvernet. Denne løysinga kan rett nok medføre at andre marginaliserte grupper som ikkje er lista opp opplever det som ei stadfesting på at samfunnet ikkje ser like alvorleg på deira problem, slik som er nemnt i førearbeida til Grl. § 98. På den andre sida må det, særleg dersom opplistinga i ldl. § 6 held fram med å vere uttømmende, vere rom for at lovgivar kan leggje til nye diskrimineringsgrunnlag dersom samfunnsutviklinga syner eit aukande behov for dette. Dette vil også i større grad enn ein samlekategori ivareta omsynet til rettstryggleik og førehandsvisse.

Til samanlikning er «rusmiddelmissbruk» eit av fleire alternativ tilkår for å få oppnemnt verje i verjemålslova (vgml) § 20 første ledd. Verjemålslova gjeld rett nok personar under verjemål og deira åtgang til å sjølv gjere rettslege handlingar eller råde over sine midlar, jf. vgml. § 1, og regulerer ikkje rettslege spørsmål om diskriminering. Eit av fleire føremål med lova er

¹⁵⁵ Prop. 81 L (2016-2017) punkt 11.9.6, 97

¹⁵⁶ Innst. 389 L (2016-2017), 9-10

¹⁵⁷ Hellum og Strand, *Likestillings- og diskrimineringsrett* (Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2022), 168

likevel å sikre sjølvbestemming og hindre diskriminering av personar med nedsett funksjonsevne.¹⁵⁸ Opplistinga av diagnosar og tilstandar i vgml. § 20 første ledd viser også til sårbare grupper i samfunnet som kan ha behov for bistand til å ivareta sine interesser. Det at rusavhengigheit er eit sjølvstendig vilkår, uavhengig av andre diagnosar og tilstandar, gir uttrykk for at lovgivar på dette lovområdet har anerkjent at rusavhengige treng eit særskilt vern. Dette kan tale for at det også i diskrimineringsretten er nærliggande å setje inn rusavhengigheit som eit eige alternativt vilkår i lovgivinga.

¹⁵⁸ Prop. 141 L (2021-2022) Endringer i vergemålsloven mv. (vergemål som frivillig støttetiltak mv.), 9

6 Avslutning

Kor vidt rusavhengige har eit godt nok diskrimineringsvern er vanskeleg å svare på, mellom anna fordi det ligg føre lite avklarande rettspraksis knytt til problemstillinga. I lys av det som er gjennomgått er det likevel ikkje tvil om at rusavhengige er ei marginalisert og sårbar gruppe, som er særleg utsett for helseutfordringar og tidleg død, og som opplever forskjellsbehandling innan helsetenester. Det kan difor hevdast at rusavhengige bør ha eit diskrimineringsvern på lik linje med dei andre diskrimineringsgrunnlaga som er oppstilt i menneskerettskonvensjonane og ldl. § 6.

Det er av same grunn nærliggande å innfortolke rusavhengigheit i samlekategoriane «annen status», «status for øvrig» eller «stilling for øvrig» i diskrimineringsforboda i ØSK artikkel 2 nr. 2, SP artikkel 2 nr. 1 og 26 og EMK artikkel 14. Rusavhengige vil i så fall ha eit sjølvstendig diskrimineringsvern etter menneskerettskonvensjonane, som er gjennomført i norsk rett og har forrang føre annan lovgiving. Grunnlova § 98 inneheld ikkje ei opplisting av diskrimineringsgrunnlag, men har til gjengjeld ei open formulering som i utgangspunktet seier at alle personar under norsk jurisdiksjon er verna mot diskriminering. Tolkar ein Grl. § 98 i lys av den opne ordlyden og dei nemnde menneskerettskonvensjonane, tilseier dette av rusavhengige er omfatta av diskrimineringsvernet også her.

Grunnlova § 98 kan alternativt tolkast i tråd med ldl. § 6, som synast å legge opp til eit snevrare diskrimineringsvern ved å ikkje ha ein samlekategori. Forskjellsbehandling av rusavhengige må her knytast til vilkåret «funksjonsnedsettelse» for at det skal vere tale om diskriminering. Som tidlegare nemnt tyder dette på at forskjellsbehandling på grunn av haldningar og fordommar om rusavhengige ikkje er omfatta av diskrimineringsvernet. Sett i lys av at haldningar og fordommar synast å vere ein av årsakene til forskjellsbehandling av rusavhengige innan helsetenester, indikerer dette at diskrimineringsvernet til rusavhengige i ordinær rett ikkje er godt nok.

Både diskrimineringsforboda i menneskerettskonvensjonane og Grl. § 98 går som nemnt føre ordinær rett ved eventuell motstrid, noko som inneber at desse kan nyttast som sikkerheitsventilar dersom rusavhengige ikkje har eit godt nok diskrimineringsvern i ldl. § 6. Den forskjellsbehandla rusavhengige vil difor ikkje stå utan eit diskrimineringsvern dersom ldl. § 6 ikkje strekk til. Dei ulike utformingane av diskrimineringsforboda i ordinær rett og

menneskerettskonvensjonane medfører likevel at det eksisterer to nivå av diskrimineringsgrunnlag. Diskrimineringsvernet står svært sentralt i menneskerettane, og er ein naudsynt føresetnad for at desse blir gjennomført og trygga på ein god måte. Det kan difor synast hensiktsmessig at rettskjeldene på diskrimineringsretten sitt område er mest mogleg samanfallande, og at det ikkje blir skapt ulike nivå slik som i dag. Dette kan medføre uklarleik og uvisse i høve den enkelte sin rettstryggleik, noko diskrimineringsvernet til rusavhengige kan seiast å illustrere.

Kjelderegister

Litteratur

Aall, Jørgen. *Rettsstat og menneskerettigheter: En innføring i vernet om individets sivile og politiske rettigheter etter den norske forfatning og etter den europeiske menneskerettighetskonvensjon*. 5. utgåve. Bergen: Fagbokforlaget, 2018.

Aall, Jørgen. «§ 98». I *Grunnloven, Historisk kommentarutgave 1814-2020*, redigert av Ola Mestad og Dag Michalsen, 1040-1046. Oslo: Universitetsforlaget, 2021.

Aasen, Henriette Sinding, og Marianne Klungland Bahun. *Menneskerettigheter i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Universitetsforlaget, 2022.

Bech, Anne Berit, Anne Bukten, Philipp Lobmaier, Ivar Skeie, Pål H. Lillevold og Thomas Clausen. «Statusrapport 2021: Siste år med gamle LAR-retningslinjer». SERAF rapport 2/2022. Universitetet i Oslo, 2022.

Bramness, Jørgen Gustav. *Rusmiddellidelser i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2014 (oppdatert i 2022) <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/>

Hellum, Anne, and Vibeke Blaker Strand. *Likestillings- og diskrimineringsrett*. 1. utgåve. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2022.

Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet, 2022

Helsetilsynet, *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse*. Rapport nr. 7. Oslo: Helsetilsynet, 2019

Kroken, Rune Andreas, Inger Margrete Hageberg, Torgeir Gilje Lid, Nina Wiggen, Håvard Midgard og Paul Joachim Bloch Thorsen. «Bedre helse og lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse». Legeforeningens arbeidsgruppe for somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse. Den norske legeforening. 2023

Li, Rita, Randi Andenæs, Eva Undall, and Dagfinn Nåden. "Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus." *Sykepleien Forskning* (Oslo) 7, no. 3 (2012): 252-60.

Likestillings- og diskrimineringsombudet. *Diskrimineringsretten 2021: Rettsutvikling på likestillings- og diskrimineringsfeltet, med gjennomgang av relevante lovendringer, forvaltnings- og rettspraksis*. Oslo: Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2022

Norges institusjon for menneskerettigheter. *Rus og menneskerettigheter*. Oslo: Norges institusjon for menneskerettigheter, 2022

Skarstein, Siv, and Lars Håkon Tanum. «Personer med rusavhengighet blir oftere syke og får dårligere behandling». *Sykepleien Forskning* (Oslo), no. 86370 (2021): E-86370.

Steiro, Asbjørn, Christine Hillestad Hestevik, Mary Shrestha og Ashley Elizabeth Muller. «Erfaringer blant pasienter og helsepersonell med legemiddelassistert rehabilitering (LAR). En systematisk oversikt over kvalitative studier». Rapport. Folkehelseinstituttet. 2020

Ververda, Janet, Oline Hansen, and Camilla Larsen. "Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling." *Sykepleien Forskning* (Oslo), no. 70402 (2018): E-70402.

Waal, Helge, Thomas Clausen. «Stigmatisering som problem i rusdebatten». SERAF notat 1/2022. Universitetet i Oslo. 2022.

Welle-Strand, Gabrielle, Ronny Bjørnstad, Ida Kristine Olsen og Marianne Pierron. «861 brukere – om LAR i Norge: Hvordan opplever brukerne LAR-behandlingen de mottar, og i hvilken grad medvirker de i egen behandling?». ProLAR Nett sin brukerundersøkelse. 2021.

Avisartiklar

Fjelldalen, Helle. «LAR-pasient til sak mot staten.» NRK. 02.08.2021 <https://www.nrk.no/norge/gunn-linda-bentsen-mener-lar-behandler-henne-umenneskelig-1.15590197> (nedlasta 13.03.2023)

Fjelldalen, Helle og Marit Sirum-Eikre. «Pasienter til massesøksmål mot staten» NRK. 21.03.2021 <https://www.nrk.no/norge/xl/pasienter-til-massesoksmal-mot-staten-1.15401327> (nedlasta 14.03.2023)

Bernhardt, Synne. «-Alle andre pasienter kan oppsøke legevakten ved akutte kriser, men ikke rusavhengige med abstinenser.» Advokatbladet. 03.10.2022. <https://www.advokatbladet.no/alle-andre-pasienter-kan-oppsoke-legevakten-ved-akutte-kriser-men-ikke-rusavhengige-med-abstinenser/184156> (nedlasta 13.03.2023)

Norske lover og forskrift

Forskrift 18. desember 2009 nr. 1641 om legemiddellassert rehabilitering (LAR-forskriften). Endra ved forskrift nr. 61/2013

Kongeriket Noregs Grunnlov gitt i riksforsamling på Eidsvoll 17. mai 1814 (Grunnlova)

Lov 16. juni 2017 nr. 51 om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven). Endra ved lov nr. 77/2021

Lov 26. mars 2010 nr. 9 om vergemål (vergemålsloven). Endra ved lov nr. 5/2023

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Endra ved lov nr. 9/2023

Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). Endra ved lov nr. 92/2022

Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Endra ved lov nr. 115/2022

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Endra ved lov nr. 8/2023

Norske førearbeid

Dok.nr.16 (2011-2012) Rapport til Stortingets presidentskap fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven

NOU 2005: 8 Likeverd og tilgjengelighet - Rettslig vern mot diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne. Bedret tilgjengelighet for alle

NOU 2009: 14 Et helhetlig diskrimineringsvern - Diskrimineringslovutvalgets utredning om en samlet diskrimineringslov, grunnlovsværn og ratifikasjon av tilleggsprotokoll nr. 12 til EMK

NOU 2019: 26 Rusreform - fra straff til hjelp

Ot. prp. nr. 44 (2007–2008) Om lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven)

Ot.prp.nr.12 (1998–1999) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Ot.prp. nr. 53 (2006–2007) Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og -justeringer etter rusreformen)

Prop. 81 L (2016-2017) Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven)

Prop. 24 L (2020-2021) Endringer i sosialtjenesteloven (vilkår om norskopplæring for stønad til livsopphold)

Prop. 141 L (2021-2022) Endringer i vergemålsloven mv. (vergemål som frivillig støttetiltak mv.)

Norske rettsavgjerder

HR-2018-872-A

Rt. 2010 s. 1565 A

Likestillings- og diskrimineringsnemnda, avgjerd i klagesak, sak 21/40 (28. januar 2021)

Internasjonale konvensjonar

Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, Roma, 4. November 1950.

Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 13 December 2006 (entered into force 3 May 2008) 49 UNTS 2.

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 16 December 1966 (entered into force 3 January 1976) 993 UNTS 3.

International Covenant on Civil and Political Rights, 16 December 1966 (entered into force 23 March 1976) 999 UNTS 171

Vienna Convention on the Law of Treaties, 23 May 1969 (entered into force 27 January 1980) United Nations, Treaty Series, vol. 1155, p. 331

Utsegn, avgjerder og rapportar frå FN-organ

CRPD-komiteen, *Concluding observations on the initial report of Norway: Committee on the Rights of Persons with Disabilities*, GE.19-07503(E), 07.05.2019

Menneskerettskomiteen, *General Comment No. 18: Non-discrimination*, 1989

FN sin høgkommissær for menneskerettar og Verdens helseorganisasjon, *Right til Health*, Fact Sheet No. 31, GE.08-41061, juni 2008

ØSK-komiteen, *Concluding observations on the sixth periodic report of Norway*, E/C.12/NOR/CO/6, 02.04.2020

ØSK-komiteen, *General Comment No. 5: Persons with disabilities*, 1994

ØSK-komiteen, *General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (art. 12)*, E/C.12/2000/4, 11.08.2000

ØSK-komiteen, *General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, E/C.12/GC/20., 02.07.2009

Avgjerder frå Den europeiske menneskerettsdomstol (EMD)

Abdulaziz, Cabales og Balkandali mot Storbritannia [P], no. 9214/80, 9473/81 og 9474/81 [1985]
Abdyusheva m.fl. mot Russland [J], no. 58502/11, 62964/10 og 55683/13 [2019]
Biao mot Danmark [GC], no. 38590/10 [2016]
Boze mot Latvia [J], no. 40927/05 [2017]
Carson mfl. mot Storbritannia [GC], no. 42184/05 [2010]
G.L mot Italia [J], no. 59751/15 [2020]
Glor mot Sveits [J], no. 13444/04 [2009]
Horváth og Kiss mot Hungary [J], no. 11146/11 [2013]
I.B mot Hellas (J), no. 552/10 [2013]
Konstantin Markin mot Russland (GC), no.30078/06 [2012]
Kiyutin mot Russland [J], no. 2700/10 [2011]
Molla Sali mot Hellas [GC], no. 20452/14 [2018]
Peters mot Nederland [C], no. 21132/93 [1994]
Pla og Puncernau mot Andorra [J], no. 69498/01 [2004]
Pretty mot Storbritannia [J], no. 2346/02 [2002]
Shelley mot Storbritannia [J], no. 23800/06 [2008]
Storck mot Tyskland [J], no. 61603/00 [2005]
Von Hannover mot Tyskland [J], no. 59320/00 [2004]